

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

**CONSEQÜÊNCIAS DA FALTA DE PARTICIPAÇÃO  
DOS ADMINISTRADORES NA GESTÃO HOSPITALAR  
ESTADUAL PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS**

ACADÊMICA: Janaina Truppel

Florianópolis, fevereiro 2007

**Janaina Truppel**

**CONSEQÜÊNCIAS DA FALTA DE PARTICIPAÇÃO  
DOS ADMINISTRADORES NA GESTÃO HOSPITALAR  
ESTADUAL PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Administração  
apresentada a Universidade Federal de Santa  
Catarina como requisito para obtenção do grau de  
Bacharel em Administração

Orientador: Prof. João José Candido da Silva, Dr..

FLORIANÓPOLIS  
2007

JANAINA TRUPPEL

**CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE PARTICIPAÇÃO DOS ADMINISTRADORES  
NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA ESTADUAL DA GRANDE  
FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 9, fevereiro de 2007



Prof. Rudimar Antunes da Rocha, Dr  
Coordenador de Estágios


Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:



João José Cândido da Silva  
Orientador



Alex Onacli Moreira Fabrin  
Membro



Altamiro Damian Prêve  
Membro

**DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Gilberto Truppel e Benta Olindina Truppel e ao meu Noivo Marcos Gilberto Jacinto, por terem me proporcionado chegar até aqui.



## **Agradecimentos**

*Agradeço...*

*A DEUS pela benção de mais uma conquista;*

*Ao Marcos, meu futuro marido, pelo incentivo, paciência e compreensão.*

*A Benta, minha mãe, pela dedicação e amor;*

*A minha família, pelo companheirismo;*

*Aos amigos inesquecíveis do curso, Alexandra, Fernanda, Vanessa, Tatiane e Marcelo, pela ajuda nesta trajetória e pelos bons momentos que passamos juntos;*

*A supervisora, Roberta Pando de Mello e todos os amigos da Secretaria de Estado da Saúde, pela compreensão e paciência;*

*Aos amigos dos Rodeios Fabiano, Renata, Idionei e Samara, pelos momentos de descontração tão importantes neste momento;*

*Ao Profº Alex Fabrin, pelo apoio, incentivo e conhecimento;*

*Ao Profº. Dr. João José Cândido da Silva, pelos ensinamentos, e orientação na elaboração deste trabalho;*

*Aos colegas das Unidades Hospitalares abordadas neste trabalho, pela atenção dispensada;*

*A todos que não estão citados nominalmente, mas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.*

Deus é a minha fortaleza e a minha força, e ele perfeitamente  
desembaraça o meu caminho.  
2Sm. 22.33

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	2
LISTA DE TABELAS .....	2
LISTA DE SIGLAS.....	3
RESUMO .....	4
1 INTRODUÇÃO .....	5
1.1 Objetivos da Pesquisa.....	7
1.1.1 Objetivo Geral.....	7
1.1.2 Objetivos Específicos .....	7
1.2 Justificativa .....	8
1.3 Problema de Pesquisa .....	10
1.4 Estrutura do Trabalho.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 Administração.....	13
2.2 Administração Pública.....	14
2.3 Administração Hospitalar .....	15
2.4 Gerência no Setor Público e em Serviços de Saúde.....	17
2.5 A Profissão do Administrador.....	20
2.5.1 As Habilidades Necessárias ao Administrador .....	22
2.5.2 Importância do Administrador .....	24
2.5.3 Administrador Hospitalar .....	26
2.6 Saúde Pública-SUS.....	27
2.7 O hospital .....	29
2.7.1 Classificação do hospital.....	33
2.8 Estrutura Hospitalar.....	33
2.9 Gestão Hospitalar de Materiais .....	37
2.10 Gestão hospitalar de Recursos Humanos .....	41
2.11 Gestão Hospitalar de Custos .....	43
2.12 Gestão Hospitalar de Informação .....	45
3 METODOLOGIA DA PESQUISA .....	48
3.1 Tipo de Pesquisa.....	48
3.2 Técnicas de Coleta de Dados .....	50
3.3 Delimitação da Pesquisa.....	52
3.3.1 População.....	52
3.3.2 Amostra .....	53
3.4 Procedimentos e Operacionalização da Coleta de dados .....	54
3.5 Análise dos Dados .....	54
4 CARACTERIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR PÚBLICA ESTADUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS.....	55
5 ANÁLISE DE DADOS .....	57
5.1 Análise da Gerência Administrativa .....	57
5.1.1 Dados Pessoais e Profissionais .....	57
5.1.2 Dados da Gestão Administrativa.....	59
5.2 Análise dos Setores de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Sistemas de Informações.....	63
5.2.1 Dados Pessoais e Profissionais.....	63
5.2.2 Dados da Gestão de Materiais, RH, Custos e SI.....	66
5.3 Causas da Falta de Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar Pública Estadual da Grande Florianópolis.....	75
5.4-Consequências da Falta de Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar Pública Estadual da Grande Florianópolis.....	76

5.5 Importância da Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar Pública Estadual da Grande Florianópolis .....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
BIBLIOGRAFIA: .....	82
APENDICES	
I- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- GERENTE ADMINISTRATIVO .....	87
II INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- SETOR DE CUSTOS .....	89
III INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- SETOR DE MATERIAIS .....	91
IV INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- SETOR DE RECURSOS HUMANOS .....	93
V INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- SETOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO .....	95
ANEXOS .....	97
I- Lei Nº. 4.769, de 09 de setembro de 1965 .....	97
II- Anexo VI- E da Lei Complementar Nº. 284 .....	101

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Organograma dos Hospitais em Estudo.....	10
FIGURA 2. Os quatro diferentes mundos do Hospital Geral.....	32

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Tipo de Carreira Gerentes Administrativos e Gerentes Administrativos em Exercício.....	57
TABELA 2- Tempo no Cargo(Gerência).....	58
TABELA 3- Grau de Escolaridade (Gerência).....	58
TABELA 4 -Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar .....	59
TABELA 5- Participação dos Gerentes em Cursos de Gestão Hospitalar (GH) .....	59
TABELA 6- Realização e Revisão de Planejamento Estratégico.....	60
TABELA 7- Estrutura dos Processos de Trabalho.....	60
TABELA 8- Fluxo de Trabalho.....	60
TABELA 9 Políticas de Motivação.....	61
TABELA 10 Comunicação dos Objetivos.....	61
TABELA 11- Feedback do Desempenho .....	61
TABELA 12- Padronização e Avaliação dos Serviços Prestados.....	62
TABELA 13-Problemas na Gestão.....	62
TABELA 14- Consequências da Falta de Participação do Administrador.....	63
TABELA 15- Cargo.....	64
TABELA 16 Tempo no Cargo.....	65
TABELA 17-Tipo de Carreira.....	65
TABELA 18- Grau de Escolaridade.....	66
TABELA 19-Existência da Gestão de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Informações. ....	66
TABELA 20 Controle e Acompanhamento de Custos.....	67
TABELA 21- Sistemas de Compras, Políticas de Definição e Controle de Estoque .....	68
TABELA 22- Definição , Decisão e Gerenciamento de Compras.....	69
TABELA 23- SI Existentes, Fonte de Dados e Suprimento das Necessidades de Informações.....	70
TABELA 24- Integração, Gerenciamento e Tomada de Decisão .....	70
TABELA 25- Treinamentos e Políticas de Motivação.....	71
TABELA 26-Tomada de Decisão, Feedback, Rotatividade e Absenteísmo.....	71
TABELA 27- Participação de Administradores na Gestão de Materiais, RH, Custos e Informações.....	72
TABELA 28 - Comprometimento da Gestão Devido Falta de Administrador .....	72
TABELA 29- Problemas Enfrentados na Gestão.....	73
TABELA 30-Consequência da Falta de Participação de Administradores.....	74

## **LISTA DE SIGLAS**

**AAA**-Agente Atividades Administrativas

**CF** - Constituição Federal

**CNS**- Conferência Nacional de Saúde

**CIASC**- Centro de Informação e Automação de Santa Catarina

**CRA**- Conselho Regional de Administração

**CRA/SC**- Conselho Regional de Administração Santa Catarina

**CRASP**- Conselho Regional de administração de São Paulo

**CRTA** - Conselho Regional de Técnicos de Administração

**GECOM**- Gerência de Compras

**GH**- Gestão Hospitalar

**HF**- Hospital Florianópolis

**HGCR**- Hospital Governador Celso Ramos

**HNR**- Hospital Nereu Ramos

**HRSJ**- Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes

**JIT**- Just in Time

**LEC**- Lote Econômico de Compra

**OMS**- Organização Mundial de saúde

**PP**- Ponto de Pedido

**RHS**- Recursos Humanos em Saúde

**SES**- Secretaria de Estado da Saúde

**SI**- Sistema de informação em saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TAA**-Técnico em Atividades Administrativas

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo identificar quais as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão pública hospitalar estadual da Grande Florianópolis. Tomaram-se como eixos: a análise da Gerência Administrativa, o Setor de Materiais, Custos, Recursos Humanos e Sistemas de Informação. O caminho metodológico percorrido foi orientado pela abordagem qualitativa no delineamento de um estudo de campo de natureza exploratória descritiva. A coleta de dados empíricos realizou-se por meio da aplicação de Questionários estruturados a quatro Gerentes Administrativos, quatro Chefes de Setor de Materiais, quatro Chefes de Setor de Recursos Humanos, quatro Chefes de Setor de Custos e quatro Chefes de Setor de Sistemas de Informação, dos Hospitais: HRSJ, HNR, HGCR e HF. Os principais resultados são de que a falta de participação dos administradores na Gestão hospitalar estadual pública da Grande Florianópolis, gera: falta de comprometimento com a gestão, falta de comprometimento da gerência; falta de organização, falta de agilidade nos processos, falta de estruturação dos processos de trabalho, trabalho pouco qualificado, falta profissionalização dos processos, dificuldades no fluxo de trabalho, pouca profissionalização da gestão, falta de aproveitamento dos dados, falta de padronização e formalização de determinados processos.

**Palavras chaves:** Administrador, administração e Gestão hospitalar.

## 1 INTRODUÇÃO

Com a evolução dos hospitais os quais passaram de pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações dos dias atuais; verifica-se a importância de se buscar a racionalização da sua gestão. Para isso, o hospital deve ser administrado segundo critérios absolutamente racionais, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial.

Apesar de que administrar um hospital não seja a mesma coisa que gerir uma fábrica de "parafusos", "moldes", "automóveis", ou "têxteis", é preciso implantar uma administração racional, onde prevaleçam normas e critérios rigorosos de planejamento, organização, coordenação e controle.

A gestão hospitalar apresenta características particulares como uma complexidade resultante de um contexto multidisciplinar altamente especializado e diferenciado, onde a produção é própria e multi-variada, a qual visa atender a necessidade específica de cada paciente. Dessa forma qualquer organização de saúde, atualmente, exige uma gerência qualificada formada por profissionais, efetivamente, comprometidos na obtenção dos objetivos finais do serviço que dirigem.

Além de sua estrutura organizacional peculiar e de natureza delicada, pelo tipo de serviço que prestam à complexidade da organização, no contexto hospitalar, passou a exigir profissionais qualificados para sua administração, que anteriormente era exercida por freiras, enfermeiros, médicos e por profissionais recrutados da indústria, pessoas bem intencionadas, que administravam por intuição e bom senso.

A conjugação dessa realidade fez com que as instituições de saúde buscassem assim, um sistema complexo que requer do administrador um gerenciamento com experiência, envolvimento e habilidades, pois exige planejamento, alocação de recursos escassos e avaliação de desempenho, uma vez que a instituição deve buscar o equilíbrio através do desenvolvimento e habilidades com mecanismos gerenciais que permitam a utilização dos poucos recursos disponíveis com máximo de eficiência, eficácia e efetividade possíveis.

Segundo MIRSKAWKA (1994), um dos desafios do Sistema de Saúde brasileiro é profissionalizar a administração nos estabelecimentos de saúde.



Portanto, para isso é necessário levar às instituições hospitalares, profissionais com formação científica em administração os quais possibilitem o uso de ferramentas formais e científicas, que proporcionem aos seus dirigentes, a necessidade de implantar uma administração profissional e dedicada especialmente à estrutura administrativa, gerando informações que facilitem a atuação da área técnica.

Diante deste contexto este trabalho vai abordar as causas da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis, quais as suas implicações e ainda a importância da participação destes profissionais nesse tipo de gestão considerando-se a análise da Gerência Administrativa, Setor de Materiais, Setor de Custos, Setor de Recursos Humanos e Setor de Processamento de Dados, o qual ao longo do trabalho será denominado Sistemas de Informação, devido a ênfase que se deseja dar a gestão da Informação.

Este estudo foi realizado com quatro hospitais públicos localizados na Grande Florianópolis, quais são: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ), Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Nereu Ramos (HNR) e Hospital Florianópolis (HF).

## **1.1 Objetivos da Pesquisa**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Identificar as consequências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar as causas da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis;
- b) Identificar a partir do depoimento dos profissionais envolvidos na área, as implicações da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis baseado na análise da Gerência Administrativa da gestão de Materiais, gestão de Recursos Humanos, gestão de Custos e gestão da Informação;
- c) Identificar a importância de uma participação mais efetiva dos administradores na gestão hospitalar estadual pública da Grande Florianópolis.

## 1.2 Justificativa

O sistema de saúde é tido como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea e os hospitais são considerados organizações extraordinariamente complexas conforme cita MINTZBERG, (1994).

Ainda reafirmando esta idéia DRUCKER (2001), afirma que os hospitais estão entre as organizações mais complexas de serem administradas. Os hospitais públicos são as entidades governamentais que mais sofrem controle externo. Ora pelo próprio governo, através dos Tribunais de Contas, ora pela imprensa, ora pela própria comunidade que anseia pela solução imediata dos seus problemas de saúde, o que é um direito garantido pelo Estado.

Em frente às características destas organizações pode se perceber a dificuldade que é gerir uma organização hospitalar. Percebe-se que os gestores de hospitais deveriam praticar uma administração profissional capaz de cumprir com eficiência, eficácia, efetividade e principalmente, economicidade, a missão das entidades que gerenciam, dentro da legalidade.

Outro fator agravante na gestão hospitalar pode ser encontrado gestão hospitalar pública, onde há uma estrutura de autoridade ambígua, sobretudo em função do *status* particular dos médicos, particular da nossa cultura brasileira. E ainda somando-se a este fato nota-se que não há necessariamente a seleção de seus gestores de acordo com normas criteriosas, a grande parte dos gestores em saúde pública são os bons médicos que se destacam no exercício de sua função, sem, no entanto, serem gestores bem preparados para administrar uma estrutura tão complexa.

Diante disto este trabalho tem sua importância justificada pela necessidade de se alertar para a necessidade de se profissionalizar a administração nos estabelecimentos de saúde, tornando-a formal, científica e mais representativa dos administradores.

Pode-se justificar ainda a importância deste trabalho tendo em vista a essencial importância do setor Saúde para a comunidade e também considerando-se o grande potencial de emprego que este setor pode oferecer. E por fim cabe ressaltar que a pesquisa poderá trazer novas informações a respeito do perfil gerencial da rede hospitalar, com resultados que permitirão a análise das

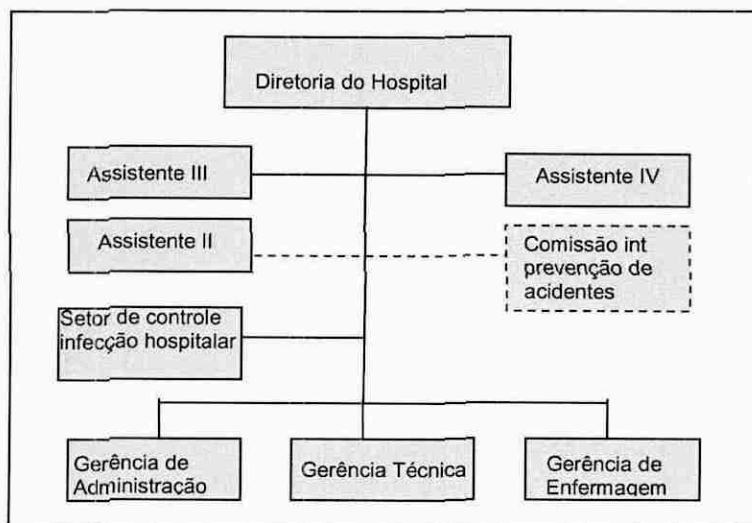
conseqüências da participação dos administradores na gestão hospitalar e também descobrir novos nichos de mercado de trabalho aos administradores.

### 1.3 Problema de Pesquisa

A saúde no Brasil sabe se que é fator de preocupação geral, não existem recursos suficientes para suprir a crescente demanda que vem surgindo. Desta forma há uma preocupação em se estabelecer uma administração hospitalar mais eficiente eficaz e efetiva, para tanto deve se buscar alocar nos cargos de gestores dos hospitais indivíduos com amplo conhecimento e formação científica em administração.

Dentre os hospitais estudados verificou se a estrutura organizacional mostrada na figura abaixo:

**Figura 1 Organograma dos Hospitais em Estudo**



fonte:site:www.saude.sc.gov.br

Analisando a figura acima verifica se os postos de trabalho nos quais deveriam se exigir a formação científica de Administração, quais são: a Diretoria Geral e a Gerência de Administração.

Desmembrando ainda mais a estrutura organizacional acima, tem se dentro da Gerência de administração os diversos setores, quais são: Custos, Treinamento e Desenvolvimento, Vale Transporte, Atendimento ao Funcionário, Atendimento ao Cliente, Serviço Social, Centro de Estudos, Arquivo Médico e Estatística, Processamento de Dados, Registro Geral, Faturamento, Tesouraria, Materiais, Patrimônio, Farmácia, Material Consignado, Serviços Gerais, Comunicação e Protocolo, Higienização e Limpeza, Processamento de Roupas, Costura e Rouparia,

Nutrição e Dietética, Recebimento e Armazenamento, Produção, Diagnóstico Complementar, Recursos Humanos, Manutenção, Transporte e humanização.

Acredita-se que dentro desta estrutura existem muitos postos de trabalho que deveriam ser ocupados por administradores, devido ao conhecimento técnico inerente a sua formação.

Ainda analisando-se a figura observa-se que nos hospitais a gerência Técnica deve ser ocupada por profissional com conhecimento em Medicina e a gerência de Enfermagem por profissionais da área de Enfermagem. Cabe ressaltar que apesar de acreditar-se que a Direção Geral do Hospital deveria ser exercida por profissional de Administração, no entanto este trabalho ater-se-á a análise dos níveis de gerência administrativa e os segmentos que a compõem.

Nos hospitais públicos localizados em Florianópolis pode-se verificar uma ausência quase total na participação dos administradores na gestão dos hospitais públicos, sabe-se que o hospital apresenta características mais complexas que qualquer outra organização, e, no entanto um fator preocupante é que a administração dessas organizações é realizada, por pessoas que não são preparadas tecnicamente para tais atribuições.

Diante do exposto, este trabalho foi desenvolvido para identificar: Quais as consequências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis?

## 1.4 Estrutura do Trabalho

Para realização do presente trabalho sobre as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis, inicialmente buscou-se uma fundamentação teórica necessária e após, aplicou-se uma pesquisa.

O presente trabalho é composto por cinco capítulos, assim distribuídos:

O primeiro Capítulo insere o leitor no contexto do trabalho, apresentado o Tema, a Justificativa do Trabalho, o Problema de Pesquisa, os Objetivos e a Estrutura do trabalho.

O segundo capítulo traz um levantamento bibliográfico a cerca de aspectos relevantes quanto a administração hospitalar e o administrador hospitalar bem como conceituação de outros fatores relevantes ao trabalho

Num outro momento, no terceiro Capítulo, apresenta-se a metodologia aplicada na pesquisa, subdividindo-se em: tipo de pesquisa, técnica de coleta dos dados, população e amostra, procedimento operacionalização da coleta de dados e finalmente a análise dos dados.

Neste capítulo quarto será apresentada uma breve caracterização dos hospitais que compõem este estudo

Já no Capítulo quinto ira apresentar-se o resultado da pesquisa realizada com os gestores dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis.

Finalmente no sexto capítulo irão se expor as considerações finais do trabalho.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para maior entendimento a cerca do tema deste trabalho seguem abaixo os aspectos teóricos relevantes:

### 2.1 Administração

Existem muitas definições para Administração, porém o conceito geralmente se resume em: realizar algo por meio das pessoas, visando alcançar os melhores resultados.

A palavra administração vem do latim *ad* (direção, tendência para) e *minister* (subordinação ou obediência) e significa aquele que realiza uma função abaixo do comando de outrem, isto é, aquele que presta um serviço a outro, (CHIAVENATO 2000).

Administração para BATEMAN e SNELL (1998), é o processo de trabalhar com pessoas e recursos para realizar objetivos organizacionais.

Já para LACOMBE (2003), administração é definida como um conjunto de princípios e normas que tem por objetivo planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar os esforços de um grupo de indivíduos que se associam para atingir um resultado comum.

Como síntese da abordagem clássica, pode-se definir cada parte desse processo da seguinte forma:

- a) Planejar – é definir os objetivos e escolher antecipadamente o melhor curso de ação para alcançá-los. O planejamento define onde se pretende chegar, o que deve ser feito, quando, como e em que seqüência.
- b) Organizar - é agrupar de forma lógica as atividades, com adequada distribuição de autoridade e responsabilidade, proporcionando eficiente trabalho das pessoas e conseqüentemente atendimento dos objetivos.
- c) Dirigir - é a função administrativa que se refere às relações interpessoais dos administradores em todos os níveis da organização e os seus respectivos subordinados.



- d) Controlar - consiste em verificar se a atividade executada está ou não alcançando os objetivos ou resultados desejados ou planejados.

Portanto, desta forma percebe-se a fundamental importância da administração para qualquer tipo de Instituição, já que é esta que vai orientar balizar e conduzir todo o processo organizacional.

## **2.2 Administração Pública**

Administração pública é todo aparelhamento do Estado visando à satisfação das necessidades coletivas, ou ainda, é o “conjunto de entidades e órgãos incumbidos de realizar atividade administrativa, visando à satisfação das necessidades coletivas, seguindo o fim desejado pelo Estado” (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988).

MEIRELLES (1997), aponta que a administração pública em sentido objetivo “refere-se às atividades exercidas pelas pessoas jurídicas, órgãos e agentes incumbidos de atender concretamente as necessidades coletivas”, e no sentido subjetivo “refere-se aos próprios órgãos integrantes das pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Municípios e Distrito Federal) aos quais a lei confere o exercício das funções administrativas”.

As modalidades que seguem a administração Pública são segundo MELLO (2004): Administração Direta, ou seja, a qual emana diretamente dos órgãos do Governo (Secretarias de Estado), dos Municípios e prefeituras (Secretarias Municipais), da presidência da República, dos Ministérios, do Legislativo e Judiciário e Administração Indireta, a qual refere-se a administração das autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas.

A administração Pública direta e indireta de qualquer dos poderes da união, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, obdecerá aos princípios de legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

Estes princípios são definidos segundo o Art. 37 da CF/88, conforme segue: Legalidade, o agente público está, em toda a atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei, só poderá fazer o que a lei expressamente autorizar. Impessoalidade impõe ao agente público que trate todos de forma impessoal, não privilegiando favorecimentos, tratando de praticar seus atos apenas para seu fim

legal. Moralidade o agente público ao autuar não poderá desprezar o elemento moral, ético, da boa-fé e da lealdade em sua conduta. Publicidade divulgação oficial do ato para o conhecimento público e início de seus efeitos externos. Eficiência o agente público deve exercer suas funções com muita presteza, buscando o melhor resultado possível.

### **2.3 Administração Hospitalar**

A Importância das funções administrativas é a de levar às instituições hospitalares, ferramentas formais e científicas, que proporcionem aos seus dirigentes, a necessidade de implantar uma administração profissional e dedicada especialmente à estrutura administrativa, gerando informações que facilitem a atuação da área técnica.

AUSTIN Apud JACOB (2001), definem administração da saúde como planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos pelos quais a demanda por cuidados médicos e de saúde, e as necessidades de um ambiente saudável são atendidos, mediante a provisão de serviços a clientes individuais, organizações e comunidade.

Ao administrador hospitalar cabe dar resposta às necessidades de demanda dos usuários do sistema de saúde, ser responsável pelas funções de planejamento, organização, controle e coordenação dos serviços e reconciliação (ajuste, atualização) com vasta gama de conhecimentos, atitudes e habilidades que interagem no funcionamento do sistema (MEZOMO, 1993).

A importância de uma boa administração pode ser percebida por meio dos dizeres de SILVA (2005):

**O hospital bem administrado consegue manter suas finanças sempre equilibradas, mesmo recebendo pequena remuneração pelos serviços universalizados. Introduz controles que eliminam totalmente os desperdícios. Filia-se a uma central de compras para reduzir os custos de aquisições. Recorre à implantação de alternativas para manter equilibrado seu orçamento**

Para CHIAVENATO (1999), todas as funções da administração: planejamento, organização, controle e direção são imprescindíveis para uma gestão hospitalar eficiente e eficaz, abaixo o autor destaca o papel de cada uma dessas funções.

A Função do planejamento no hospital tem por atribuições o planejamento físico do edifício, estudo de viabilidade técnica e econômica elaboração de orçamento e cronograma de execução, obtenção de informações externas e utilização das informações internas, programas e serviços a serem implantados interna e externamente, planejamento de recursos humanos e recursos materiais e escolha da tecnologia.

Quanto às atribuições da função organização no Hospital CHIAVENATO (1999), afirma que estas são: definir uma estrutura técnica e funcional viável, pois o excesso de especialização na estrutura hospitalar provoca inchaços, definir os sistemas e métodos de forma clara para que não falem condições de atendimento na área técnica, recomendar estruturas horizontalizadas, apresentar uma estrutura eficiente, eficaz e efetiva, de forma a oferecer segurança à comunidade assistida, sistematizar todas as unidades do hospital: das áreas técnicas às administrativas e de apoio.

A Organização segundo CHIAVENATO (1999), afirma que esta constitui uma das mais complexas funções administrativas conforme cita:

**A organização está relacionada com a ação e com a atuação dos recursos humanos da empresa; refere-se às relações interpessoais dos administradores em todos os níveis da organização e de seus respectivos subordinados; envolve orientação, assistência à execução, comunicação, liderança e motivação, por meio dos quais os administradores procuram influenciar os seus subordinados, para que consigam alcançar os objetivos desejados. (Chiavenato, 1999 p: 441-442).**

A função direção no hospital executa as tarefas referentes à política de recursos humanos, desde o recrutamento e seleção até o treinamento e desenvolvimento, incluindo benefícios, terceirização de algumas funções dentro do hospital, recursos materiais, política de compras e estoque, programa de manutenção adequado, flexibilidade nos processos de negociação.

A função controle no hospital visa padronizar o desempenho, proteger os bens organizacionais, padronizar a qualidade dos serviços, limitarem a quantidade de autoridade, medir e dirigir o desempenho dos empregados, como meios preventivos para atingir os objetivos da empresa.

Entre os sistemas de controle utilizados no hospital encontram-se: indicadores hospitalares e de saúde da comunidade, indicadores econômico-financeiros,

acreditação, certificações, classificações por parte dos tomadores de serviços, como critério para remuneração das tabelas.

BAUGRATZ (2002) Apud GALVÃO (2003), considera, geralmente, o planejamento, como uma das mais importantes funções da administração hospitalar. O planejamento dá oportunidade para os hospitais serem mais ativos, assumindo posição de liderança, em vez de apenas reativo.

Ainda para o autor o planejamento estratégico é importante por ser norteador e definir o modelo para orientar a direção da organização nas decisões que envolvem a verdadeira entrega do produto, neste caso a prestação de serviços de assistência em saúde, no presente e futuro.

## **2.4 Gerência no Setor Público e em Serviços de Saúde**

O termo gerência vem sendo utilizado geralmente como um sinônimo de administração ou de quem a faz, seja em qualquer tipo de organização.

De acordo com BARROS (1994, p.94), a gerência é como um instrumento capaz de organizar politicamente e tecnicamente o processo de trabalho, no sentido de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência universal, igualitária e integral.

A gerência é como um processo por meio do qual um grupo de pessoas com interesses comuns em uma instituição dirige suas ações e recursos para a consecução de metas e objetivos em comum.

Para MOTTA (2001), Gerência é capacidade de decidir, de agir, de obter resultados. Os quais têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante.

O ato de gerenciar não é um trabalho isolado, realizado por uma única pessoa, mas por um grupo de pessoas que possibilita o aparecimento de liderança num determinado momento, dependendo da especificidade do problema a ser solucionado (BONAZINA, 1999).

MINTZBERG (1989), três papéis principais a serem desempenhados pelos gerentes: papel interpessoal, informacional e decisório – relações interpessoais, processamento da informação e tomada de decisão.

No âmbito do papel interpessoal, o gerente atua como representante da organização, líder e agente de ligação, interagindo com as pessoas e influenciando

subordinados. Como resultado dos contatos interpessoais na organização e fora dela, o gerente representa o centro do sistema de informação da organização -papel informacional- desempenhando a função de monitor, difusor e porta-voz, intercambiando e processando a informação, que subsidia os papéis decisórios que têm por base uma ação empreendedora, de conciliação, de alocação de recursos e de negociação.

Segundo MENDES (1996), é a partir da Constituição de 1934 que a administração pública brasileira passa, a incorporar de forma intensa a racionalidade em suas organizações burocráticas, criando um conjunto de normas e legislações. Este modelo clássico de administração pública burocrática vigora até o final dos anos 60, quando então é substituído por uma filosofia de descentralização e de delegação de competências, promovendo profundas mudanças na gestão pública, tanto estrutural como conceitual.

Segundo BERTUSSI (1996), foi somente com a Constituição de 1988 que o Brasil experimentou novos paradigmas na administração pública, contudo continuou sendo caracterizada pela centralização das decisões, a hierarquia baseada no princípio da unidade de comando, a adoção de estruturas piramidais de poder, a rigidez e impessoalidade das rotinas, e o controle dos processos administrativos, levando à falta de flexibilidade administrativa e a um afastamento das necessidades gerenciais inerentes aos novos papéis do Estado.

Já quanto à gerência em serviços de saúde CAMPOS (1992), afirma que o Estado inicialmente ocupou-se dos problemas coletivos como epidemias, endemias, controle do espaço urbano e do meio ambiente, em geral resultantes da rápida urbanização e do desequilíbrio do crescimento econômico capitalista. Para a execução dessas tarefas foram instituídas estruturas de poder centralizadas, inspiradas nas técnicas da administração militar ou de atividades gerais de fiscalização, segundo era tradição da ação estatal naquele período, início do século XX no Brasil. Assim foram articuladas as “campanhas sanitárias” e os serviços de saúde, organizados verticalmente e voltados para o controle de alguns problemas específicos.

Posteriormente, com o ingresso do Estado na atenção individual, foram incorporadas à máquina pública algumas unidades com atuação permanente – hospitais, ambulatorios e centros de saúde –, obrigando os governos a melhorarem o instrumental de gestão dos sistemas de saúde. É desta época a adaptação de



noções da Teoria Geral da Administração à área de saúde, passando-se a utilizar, então, o planejamento normativo, a administração de recursos humanos, financeiros e materiais, a avaliação de resultados, etc, (CAMPOS, 1992).

Com a ampliação das funções assistenciais do Estado Brasileiro, ocorreu uma combinação dos dois estilos existentes de administração sanitária: o liberal e o da saúde pública. Contudo, essa síntese reteve o que poderia-se considerar como “pior de cada um destes dois mundos”. Da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da “coisa” pública. Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais, especialmente dos médicos, a qual, sem os estímulos pessoais do mercado, redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mais comuns (CAMPOS, 1992).

Esta trajetória histórica, em certa medida, explica como a questão da gerência de sistemas de saúde transformou-se, hoje, em um desafio estratégico, um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas públicos, para sua transformação em um instrumento de defesa da vida (CAMPOS, 1992).

BERTUSSI (1996), afirma que o serviço de saúde tem características que geram exigências particulares em termos de organização e gestão. Atendem necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biológicas e psicosociais e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela, crianças, idosos, homens, mulheres, e do tipo de problema agudo e crônico, conforme cita:

**A organização de serviços públicos depende em maior grau do ambiente sóciopolítico do que as demais. Devem ter autonomia na direcionalidade das ações a serem executadas. Neste sentido, tem fundamental importância o papel gerencial no processo de trabalho em saúde que se delineia em nível local,. Contudo, observa-se que a gerência no setor saúde encaminhou-se para atividades burocráticas, visando o preenchimento de relatórios de produtividade, para alcançar o teto financeiro desejável e/ou de produção de procedimentos para recebimento dos atos mensuráveis, ou seja, os de recuperação e reabilitação da doença, enfatizando o modelo de atenção voltado mais para a doença do que para a saúde,(Bertussi, 1996. p.33).**

A eficácia da gestão pode ser medida pela avaliação dos resultados e seu impacto nos problemas de saúde da população. Na relação entre serviços e saúde, os resultados são difíceis de medir. Saúde é determinada por um conjunto de indicadores sócio-econômico e político-culturais. A melhoria do nível de saúde da população remete à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis para

produzir serviços de saúde. O desafio consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da população, ou seja, tentar eliminar os desequilíbrios entre oferta e demanda e colocar os serviços onde estão as necessidades (BERTUSSI1996). Pois maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços.

## **2.5 A Profissão do Administrador**

Conforme informações do site do Conselho Regional de Administração -CRA<sup>1</sup>, embora antiga, a profissão de "Administrador" só recentemente ganhou contornos oficiais no Brasil através da promulgação da Lei nº. 4769, em 09 de setembro de 1965, que instituiu profissão de nível superior, pois, até então, seus profissionais eram "Técnicos em Administração", denominação que transmitia conotação de formação

escolar de nível médio, na época referia-se aos postos máximos do serviço público, aos experts em Administração. Contudo, a atividade só foi totalmente atendida mais de dois anos após a publicação da Lei, através da edição do Decreto nº. 61.934, de 22 de dezembro de 1967, que a regulamentou.

A exemplo de outras profissões liberais, a regulamentação da carreira de Administrador de Empresas previu a criação de um órgão responsável pela disciplina e fiscalização do exercício profissional: O CRTA - Conselho Regional de Técnicos de Administração. Sua missão, no entanto, era mais ampla: trabalhar pela afirmação da existência e pela fixação da profissão de Administrador no macro-sistema sócio-jurídico-econômico nacional.

O início da valorização da ciência da Administração no Brasil está relacionado a uma necessidade de aprimoramento da Administração Pública Federal para a adoção de mudanças e reformas sociais que permitissem alavancar o desenvolvimento do país. Transformações, idealizadas durante a gestão do presidente Getúlio Vargas, que a burocracia existente até então não era capaz de processar pelo seu despreparo técnico-profissional. Foi na Era Vargas, nas décadas de 30 e 40, que a Administração começou a ganhar espaço, importância e status como atividade profissional e campo de ensino, pesquisa e documentação. A criação da Lei 4.769, em 1965, foi o resultado de um processo de amadurecimento dos

primeiros administradores brasileiros, que perceberam a incapacidade de evoluir sem a proteção legal de seus direitos e da definição clara das atividades privativas do Administrador.

Até 1930, o ensino da Administração Pública era sempre agregado aos cursos de Comércio, Direito, Ciências Sociais ou Engenharia. Mas é nessa época que começam a chegar ao país às idéias de Frederick M. Taylor e Henry Fayol sobre a então chamada Administração Científica. Com o objetivo de preparar a máquina do Poder Executivo para as metas e propósitos da Revolução de 30, tornando-as duradouras e eficientes, o regime de Vargas trouxe consigo o fortalecimento de uma nova área de estudos que, por consequência, terminou resultando em uma nova profissão.

De acordo com LACOMBE (2003), a função do administrador é a de alcançar resultados por meio do desempenho de terceiros, do desempenho da equipe que ele supervisiona e coordena. Tal afirmação reforça o sentido do papel do administrador, ou seja, obter resultados fazendo que os outros executem o que é necessário, em vez de fazê-lo pessoalmente.

Ainda para LACOMBE (2003), *cabe ao administrador planejar, organizar, prover recursos humanos, liderar, coordenar e controlar, além de ocasionalmente executar algumas atividades pessoalmente.*

A Lei nº. 4.769 em seu Art. 3º, determina que as atribuições do Administrador, como profissão, liberal ou não, compreende: Elaboração de pareceres, relatórios, planos, projetos, arbitragens e laudos, em que se exija a aplicação de conhecimentos inerentes às técnicas de organização, pesquisas, estudos, análises, interpretação, planejamento, implantação, coordenação e controle dos trabalhos nos campos de administração geral, como administração e seleção de pessoal, organização, análise, métodos e programas de trabalho, orçamento, administração de material e financeira, administração mercadológica, administração de produção, relações industriais, bem como outros campos em que estes se desdobrem ou com os quais sejam conexos, exercício de funções e cargos de Administrador do Serviço Público Federal, Estadual, Municipal, Autárquico, sociedades de Economia Mista, empresas estatais, paraestatais e privadas, em que fique expresso e declarado o título do cargo, exercício de funções de chefia ou direção, intermediária ou superior assessoramento e consultoria em órgãos, ou seus compartimentos, da Administração pública ou de entidades privadas, cujas atribuições envolvam



principalmente, a aplicação de conhecimentos inerentes às técnicas de administração, Magistério em matérias técnicas do campo da administração e organização.

### **2.5.1 As Habilidades Necessárias ao Administrador**

O trabalho gerencial é complexo e multidimensional e requer uma série de habilidades. Segundo Robert Katz (1955 e 1974) Apud SANTOS (1998), essas habilidades podem ser agrupadas em três categorias, quais são: Habilidades Conceituais, Habilidades Humanas e Habilidades Técnicas.

- a) Habilidade Conceitual é a capacidade cognitiva de ver a organização como um todo e o relacionamento entre suas partes. Habilidade conceitual envolve o pensamento gerencial, o processamento das informações e as habilidades de planejamento. Isto significa saber onde cada departamento melhor se encaixa no todo da organização e como a organização se situa, se posiciona, por exemplo, dentro do sistema de saúde (nacional, estadual e municipal), da comunidade, dos negócios em geral e do ambiente social. Isto significa, ainda, a habilidade de "pensar estrategicamente", de forma ampla, no longo prazo;
- b) Habilidade Humana é a capacidade de trabalhar com e através de outras pessoas e trabalhar eficiente e eficazmente como um membro da equipe. Esta habilidade é demonstrada no modo como os gerentes se relacionam com outras pessoas, incluindo a habilidade para motivar, facilitar, coordenar, liderar, comunicar e resolver conflitos. Katz acredita, ainda, que a Habilidade Humana possa ser utilmente subdividida em: Habilidade de liderança dentro da unidade gerenciada (habilidade de liderança intragrupal) e Habilidade no relacionamento inter-grupal;
- c) Habilidade Técnica é o entendimento e o profundo conhecimento da execução e do desenvolvimento de tarefas e atividades específicas. Habilidade técnica inclui o domínio de métodos, técnicas e equipamentos envolvidos em funções específicas, tais como engenharia, manufatura, medicina, enfermagem ou finanças. Habilidade técnica também inclui

conhecimento especializado, habilidade analítica e o competente uso de ferramentas e técnicas para resolver problemas naquela área específica.

Conforme visto são exigidas do administrador muitas habilidades de diferentes naturezas, algumas são intrínsecas de cada indivíduo outras, no entanto devem ser desenvolvidas.

Para fornecer uma formação multidisciplinar como a exigida aos administradores é preciso fornecer a estes profissionais uma gama de disciplina durante sua vida acadêmica. De acordo com informações no site do CRA/SC as disciplinas que se estuda nos cursos de graduação em administração são: história do pensamento administrativo, gestão de processos organizacionais, teoria das organizações, metodologia de pesquisa em administração, fundamentos do pensamento administrativo, administração estratégica: teoria e pesquisa, recursos humanos nas organizações, estratégia de marketing e comportamento do consumidor, comunicação nas organizações, gestão estratégica da produção e serviços, política e estratégia financeira de empresas, inovação tecnológica e competitividade, gestão de qualidade, cultura e mudança nas organizações, desenvolvimento e gestão social, administração pública e estratégia de desenvolvimento, administração, meio ambiente e desenvolvimento sustentável, desenvolvimento rural e agricultura familiar, associativismo e planejamento social, organizações, estado e sociedade, comunicação e desenvolvimento, gestão de organizações no agronegócio, tecnologia da informação nas cadeias agroindustriais, economia, produção e mercado, estrutura e dinâmica de cadeias produtivas, administração do risco na comercialização em mercados derivativos, macroeconomia dinâmica, análise de mercado e decisões econômicas, estatística aplicada à administração, administração hospitalar, direito administrativo, turismo e hotelaria, comércio exterior, logística, organização, sistemas e métodos, matemática, psicologia, metodologia científica, história, economia e contabilidade.

Diante dos conhecimentos e das habilidades desenvolvidas ao longo de sua formação, é possível ao administrador atuar em diversas áreas, quais são: Administração Financeira, Administração de Material, Marketing: Administração da Produção, Administração e Seleção de Pessoal/Recursos Humanos, Orçamento, Organização e Métodos e Programas de Trabalho e Campos Conexos.

### 2.5.2 Importância do Administrador

De acordo com as informações do site do CRASP, numa época de complexidade, mudanças e incertezas como a que atravessamos, a administração tornou-se uma das mais importantes áreas da atividade humana, afinal devido a estas rápidas mudanças nos negócios e no campo do conhecimento; empresas se expandem e se tornam mais complexas e a globalização atinge a grande maioria delas. As atividades passam a exigir pessoas de diversas competências e diferentes formações, levando ao enfrentamento de problemas de coordenação e de atualização que passam a ser primordial.

A administração é importante em qualquer escala de situação de recursos para realizar objetivos - individual, familiar, grupal, organizacional ou social. Conforme aumenta a quantidade de recursos empregados, mais complexo se torna o processo administrativo.

Cada organização e cada empresa requerem a tomada de decisões, a coordenação de múltiplas atividades, a condução de pessoas, a avaliação do desempenho, a direção a objetivos previamente determinados, enfim o trabalho do administrador em uma organização qualquer, seja ele um supervisor de primeira linha ou um dirigente máximo da organização é essencialmente o mesmo.

A tarefa de administrar aplica-se a qualquer tipo ou tamanho de organização, seja ele uma grande indústria, uma escola, um clube, um hospital ou uma empresa de consultoria. Toda a organização precisa ser administrada adequadamente para alcançar seus objetivos com eficiência, economia de ação e de recursos. Pois, sem administração as pessoas estariam entregues a si próprias e trabalhariam para a obtenção de seus objetivos independentemente dos demais e o esforço seria desperdiçado.

Neste sentido, Administrar se torna uma atividade repleta de desafios e incertezas. Problemas complexos e de vertentes diversas fazem parte do dia a dia do Administrador: grupos e situações - externos e internos, como por exemplo: clientes internos e externos, fornecedores, a sociedade, os concorrentes, os acionistas, o "dono" da empresa, os subordinados, o governo, entre tantos outros.

Todos esses desafios demandam do Administrador uma adequada combinação de habilidades técnicas, humanas e conceituais. E tudo isso de forma

equilibrada: o Administrador deve ser ao mesmo tempo especialista e generalista, pois a Administração, em conjunto com a tecnologia, se tornará o recurso estratégico dos países desenvolvidos e também a necessidade básica dos que estão em desenvolvimento.

Neste novo formato de atuação, torna-se clara a participação da Administração Sistemática, aprendida no período acadêmico, baseada em teorias e guiada por princípios universalmente testados e aprovados, podendo render maiores resultados em menos tempo. É notório que problemas como: pobreza, precária assistência à saúde, falta de segurança, educação pobre, conflitos de todos os tipos, entre outros tantos que afligem a população mundial, precisam urgentemente de soluções administrativas construídas de forma clara e ética.

Atingir objetivos em um cenário competitivo e globalizado: este é o foco das empresas no mundo de hoje. Isto faz com que a Administração se torne o ponto fundamental na organização para que ela possa atingir esse objetivo. Neste sentido, o Administrador atua como o principal responsável pelo desenvolvimento do trabalho de seus subordinados. Lida ao mesmo tempo com eventos internos e externos, enquanto precisa estar atento a acontecimentos do passado e do presente e sempre ligado a situações, eventos e possibilidades que estão por acontecer.

Para possibilitar esse "jogo de cintura", o Administrador tem como principal arma a sua formação; ampla e de conhecimentos heterogêneos. Com a formação profissional passando por áreas como o Direito, a Psicologia, a Estatística, a Matemática, a Contabilidade, entre outras, o Administrador pode lançar mão de ferramentas diversas na condução de suas atividades do dia a dia, tornando-o um agente de mudanças e de transformação das empresas.

Pode-se definir o Administrador como agente em vários processos pelos quais as organizações passam: ele é um agente educador, enquanto modifica os comportamentos das pessoas e um agente cultural quando seu estilo modifica a cultura de uma organização. Seu estilo influencia também o comportamento de clientes e fornecedores. Portanto, seja qual for a posição que ocupar numa organização, o Administrador somente obterá êxito através da cooperação dos subordinados - e esse êxito é o resultado da função: cooperação e dos objetivos comuns.

### 2.5.3 Administrador Hospitalar

Dentro da profissão de Administrador pode haver a especialização em Administração hospitalar. Para CHERUBIN (1998), o administrador hospitalar é um profissional com formação universitária específica para a função. Sua missão é traduzir na prática e aplicar no estabelecimento hospitalar os postulados gerais de sua profissão.

Para este autor o administrador hospitalar é o principal responsável pela condução do destino do hospital, ocupa o topo gerencial do estabelecimento, e a partir dele é que tem origem e se desdobra, por todo o hospital, a estrutura administrativa, é ele que cria, aprofunda, promove, coordena, desencadeia e controla as iniciativas que fazem com que um hospital conduza seus nobres ideais e pratique com qualidade suas imprescindíveis atividades (CHERUBIN 1998).

DRUCKER (1985) Apud SANTOS (1998), diz que o trabalho do administrador hospitalar, o diretor executivo, o diretor administrativo que ocupa o topo da pirâmide organizacional, é multidimensional e este é responsável por inúmeras tarefas, são elas:

- a) pensar a missão da empresa, isto é, perguntar-se qual é o nosso negócio e qual deveria ser? E ainda definir quais são os resultados que se espera sejam obtidos e quais devem ser mantidos;
- b) fixar padrões, para controlar, avaliar e interpretar o desempenho organizacional;
- c) responsabilidade pela construção e manutenção da organização humana;
- d) estabelecimento e manutenção de uma rede de relacionamentos que facilitem o atendimento dos objetivos da organização;
- e) responsabilidades por funções cerimoniais, tais como jantares, eventos sociais, etc.;
- f) responsabilidade de interferir nas crises de maior proporção, isto é, alguém que possa assumir o comando de situações problemáticas e avocar para si o encaminhamento da solução mais adequada.

CHERUBIN & SANTOS (1996) Apud SANTOS (1998), descrevem as atribuições que constituem, no enfoque desses autores, o conteúdo essencial do cargo de Diretor Administrativo do hospital, exercido por um administrador hospitalar, quais são: executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos e administrativos fixadas pela entidade mantenedora, planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades do hospital como um todo e cada uma das suas unidades administrativas, preparar o orçamento-programa do exercício seguinte, prestar contas mensalmente de sua gestão à diretoria da entidade mantenedora, contratar e dispensar servidores, sempre de acordo com o quadro de pessoal aprovado pela entidade, autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder às demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, manter contatos constantes com os diretores dos serviços médicos, administrativos, de apoio e assistenciais, representar o hospital perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, sindicatos, entidades de classe e outras, bem como junto à comunidade e suas lideranças

## **2.6 Saúde Pública-SUS**

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. São exemplos: o controle das doenças transmissíveis, saneamento, provisão de alimentos e água para o consumo em quantidade suficiente e assistência médica. Desta inter-relação desses fatores originou a saúde pública como é conhecida atualmente (ROSEN 1994).

Segundo CASTIEL (2004), muitas são as propostas definidoras do que seja saúde pública, o que pode estar ligado ao contexto sócio cultural do indivíduo e, portanto todas estas concepções são válidas, mas, no entanto ele define saúde pública como um domínio genérico de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma dada sociedade, dirigidos a um ideal de bem estar das populações – em termos de ações e medidas que evitem, reduza e/ou minimizem agravo a á saúde, assegurando condições para a manutenção e sustentação da vida humana.

A Assembléia Nacional Constituinte em 1988, definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, consolidando no país o movimento da Reforma Sanitária,



em defesa da saúde e por melhores condições de vida, traduzindo na luta por um sistema de atendimento público de qualidade, universal e acessível a toda população.

O SUS - Sistema Único de Saúde foi criado pela Lei nº. 8.080/90, que o instituiu definitivamente com o comando único em cada esfera de governo, definiu o Ministério da Saúde como gestor do sistema no âmbito da União, estabeleceu a “universalidade” de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Segundo POLIGNANO (2007), o SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, sendo que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Os princípios doutrinários do SUS, de acordo com a Lei nº. 8.080/90, estão assim definidos: Universalidade, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, Equidade, princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e Integralidade o que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Ainda de acordo com a Lei 8.80/90, os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos: Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular as políticas de saúde, fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

O SUS representa um grande avanço no que tange as políticas públicas, sendo o único sistema com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização (CNS 2003).

Desde sua instituição o Sistema vem passando por importantes mudanças, com destaque para a ampliação da universalização do atendimento. Decorrente, entre outros, do processo de descentralização de responsabilidade e recursos para estados e municípios (CNS 2003).

Contudo, o Brasil ainda não tem um modelo de atenção à saúde adequada, que atenda aos problemas de saúde no país com equidade. Os modelos vigentes mantêm o caráter assistencialista, não sendo capazes de responder às necessidades da população. São modelos absolutos, curaticistas, assistencialistas operados por profissionais despreparados para atuarem com o respeito devido aos direitos dos pacientes e suas necessidades, e com a qualidade necessária são centrados na figura do médico, mais voltados para a doença. São modelos privatistas, que praticam o arrocho salarial e a precarização das relações de trabalho (CNS, 2003).

## 2.7 O hospital

O hospital era visto inicialmente, como uma instituição filantrópica de auxílio aos pobres. Segundo PITTA (1999), o hospital era uma instituição que tinha a incumbência de seqüestrar pobres, moribundos, doentes e vadios da sociedade, escondendo o incômodo, disciplinando os corpos e guardando-os até a morte.

Várias são as terminologias utilizadas ao longo da história para definir a palavra hospital, historicamente vem do latim *hospitalis*, significando o que hospeda.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como uma entidade definida como um elemento de Organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, preventiva e curativa a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Ainda outros autores trazem conceitos referentes a essa instituição, ALMEIDA (1983), define hospital, como:

**Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins, (ALMEIDA, 1983, p.205).**



A importância do hospital pode ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos em particular, e com a coletividade, resultante do papel essencial da instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida, quais são: nascimento, doença e morte, (GONÇALVES 1998).

Muitos autores falam sobre as características particulares das instituições hospitalares. Para PITTA (1994):

**As diferentes funções que o hospital tem desempenhado ao longo da história têm dificultado muito os que buscam entender o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas as demais práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas, PITTA (1994, p.45-46).**

De acordo com as idéias de BONAZINA (1999), o hospital pode ser visto como um grande processo do qual fazem parte os serviços, diagnósticos, farmácia, manutenção, serviços administrativos e de enfermagem. E cujo efeito final é o tratamento de doentes.

Ainda quanto à complexidade dos hospitais MACHLINE et al. (1979), afirma que as organizações hospitalares diferem de outros tipos de organizações, pois suas atividades possuem características próprias, quais são: Serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais, dependência das necessidades e demanda de seus clientes, definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros, trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção, pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes, organização não baseada em uma linha única de autoridade; já que o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder relação a outras organizações, organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. É, porém, uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

Ratificando a afirmação acima PATTIO (2001), diz que o hospital apresenta características próprias, que o distinguem das demais organizações. Além das atividades médicas que acontecem no hospital, lá funcionam pelo menos quatro outras atividades: um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante. Cada

uma complexa o bastante para ser uma organização independente, no entanto são complementares entre si.

GONÇALVES (1999), também confirma as diferenças entre o hospital e as demais organizações ao afirmar que o hospital tem muitas áreas funcionais que são interdependentes e se inter-relacionam, necessitando um funcionamento eficiente de todos seus componentes, de maneira a compor um todo e não um somatório de partes desagregadas.

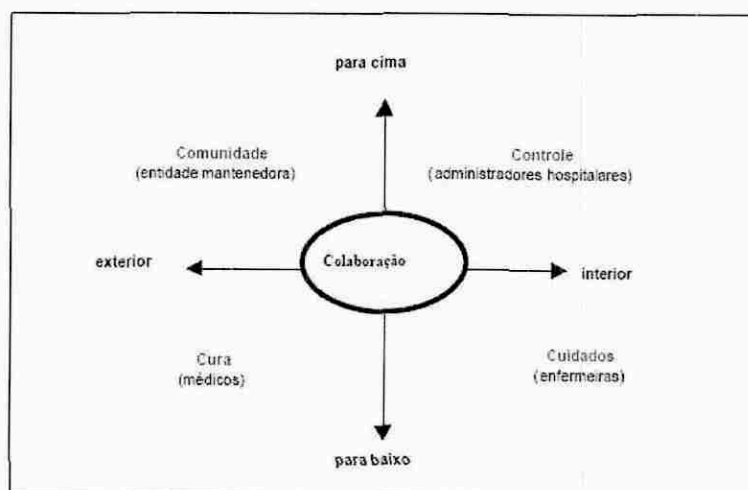
A complexidade desse tipo de organização segundo SHORTELL E KALUZNY (1993) Apud SANTOS (1998), é derivada das seguintes características: a definição e a mensuração dos resultados são difíceis, o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações, a maior parte do trabalho é de natureza emergencial, o trabalho dá pouca margem a ambigüidade e erro, as atividades dos membros da organização são extremamente profissionalizadas, e eles são mais leais à profissão do que à organização, existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre os médicos, o grupo mais responsável pelo trabalho, em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

Ainda para explicar tal complexidade GLOUBERMAN e MINTZBERG (1995) Apud SANTOS (1998), afirmam que:

**A complexidade deriva do fato de existir, no "mundo da saúde", quatro diferentes "mundos", que reproduzem quatro diferentes conjuntos de atividades, quatro modos de organização, quatro irreconciliáveis conjuntos de pensamentos, sentimentos, emoções e percepções. (SANTOS 1998, p. 53).**

Abaixo segue o modelo esquemático proposto por MINTZBERG (1997), desses quatro mundos, conforme mostrado na 'figura 2.

**Figura 2. Os quatro diferentes mundos do Hospital Geral**



Fonte: Mintzberg, Henry (1997). "Toward Healthier Hospitals". Health Care Management Review.

Esses quatro diferentes mundos numa organização hospitalar são denominados por Mintzberg (1997) de: cuidados (care), cura (cure), controle (control) e comunidade (community). Estes mundos são representados, respectivamente, pelas enfermeiras, pelos médicos, pelos administradores hospitalares e pela entidade mantenedora. Pelo fato desses mundos tenderem a ver as coisas ligeiramente diferentes, o gerenciamento hospitalar torna-se extremamente difícil e complicado.

Sendo assim, para lidar com situações complexas a organização precisa inventar processos para procurar aprender a decidir, é preciso estabelecer limites às suas definições de situações; é preciso que se tomem decisões dentro de uma racionalidade limitada.

Segundo FORNAZIER (2002), são funções do hospital: prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas e promover a pesquisa. Dentre elas restaurar a saúde é sem dúvida, uma das funções mais importantes do hospital e das mais solicitadas pela comunidade geral.

Corroborando com o autor acima GONÇALVES (1983) Apud HAUSER (2006), afirma que as funções hospitalares podem ser agrupadas em: Prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação, desenvolvimento sempre que possível de atividades de natureza preventiva e participação em programas de natureza comunitária procurando atingir o contexto

Sócio-Familiar dos pacientes, incluindo aqui a educação em saúde, que abrange a divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde.

### **2.7.1 Classificação do hospital**

O hospital pode receber várias classificações, de acordo com SILVA (2007), os hospitais podem ser classificados de acordo com capacidade ou porte, capacidade de ensino, natureza da assistência e propriedade, manutenção e controle.

Abaixo seguem os fatores característicos de cada classificação:

- a) Capacidade ou porte: Pequeno de 25 a 49 leitos, Médio de 50 a 149 leitos, Grande de 150 a 500 leitos e Especial acima de 500 leitos.
- b) Capacidade de ensino: Hospital de ensino, sem regulamentação de residência médica e com residência médica.
- c) Natureza da assistência: Geral recebe doentes de várias especialidades, e Especializados recebe doentes de especialidades específicas ou predominantes.
- d) Propriedade, manutenção ou controle: Públicos federais, estaduais, municipais e para-estatais, Privados, filantrópicos, sem fins lucrativos e com fins lucrativos.

## **2.8 Estrutura Hospitalar**

Os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações dos dias atuais; as modificações observadas buscaram sempre a racionalização dos esforços humanos, procurando atingir os objetivos definidos inicialmente. Para tanto, o hospital deve ser administrado segundo critérios absolutamente racionais, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial. Pois, segundo ARAÚJO (2001):

**Todos os segmentos que estão presentes na atividade da instituição precisam ser formulados racionalmente, gerando uma estrutura organizacional, um verdadeiro arcabouço invisível que estabelece o status e marca a posição de cada pessoa em relação aos demais integrantes da organização, (ARAÚJO2001 P.52).**

Ainda para GONÇALVES (1998), a estrutura organizacional é o arcabouço definidor de responsabilidades, de autoridades e de comunicações dos indivíduos em

cada segmento da organização, esta estrutura específica, a relação de subordinação, quem tem autoridade e com que objetivo.

As estruturas habitualmente utilizadas pelos hospitais brasileiros situam-se na esfera funcional, ou seja, cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades próprios (GONÇALVES 1998).

Segue o autor afirmando que a função da direção em nossas instituições hospitalares se situa habitualmente em uma única pessoa, o diretor geral ou superintendente, que se subordina a um conselho administrativo, em um processo hierárquico bastante centralizador.

MINTZBERG (1995), em seu estudo sobre as organizações, propõe o delineamento da estrutura de uma organização eficaz considerando cinco configurações básicas. São elas: Estrutura Simples, Burocracia Mecanizada, Burocracia Profissional, Forma Divisionalizada e Adhocracia. Para o autor cada configuração reflete um mecanismo de coordenação, isto é, as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas. Os respectivos mecanismos de coordenação para cada configuração, são: supervisão direta; padronização dos processos de trabalho; padronização de habilidades; padronização de resultados e ajustamento mútuo.

A organização, ainda, foi decomposta em cinco partes básicas, quais são: cúpula estratégica, linha intermediária, tecnoestrutura, assessoria de apoio e núcleo operacional.

O núcleo operacional da organização engloba os operadores que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens e serviços; a cúpula estratégica é onde se situam as pessoas em cargos com total responsabilidade pela organização, esta é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e satisfazer as exigências de quem a controla; a linha intermediária é composta de gerentes, que ligam o núcleo operacional à cúpula estratégica; a tecnoestrutura envolve os analistas de controle incumbidos de efetuar certas formas de padronizar na organização e a assessoria de apoio é composta de várias unidades especializadas que foram criadas com o fim de dar apoio para a organização fora de seu fluxo de trabalho operacional.

De acordo com GURJEL e MEDEIROS (2002), as organizações de saúde se encaixam em dois tipos burocráticos da tipologia proposta por MINTZBERG (2001), as unidades operacionais – Hospitais, laboratórios, unidades de reabilitação, centros

de vigilância, que correspondem à burocracia profissional e os escritórios centrais-Ministérios, Secretarias de Saúde e distritos sanitários, onde a forma divisionalizada se estabelece de saúde maduros e consolidados.

Os organogramas habitualmente vigentes nos hospitais brasileiros, possuem hierarquias extensas e algumas vezes superpostas sem que seja possível a visualização de mecanismos de equilíbrio que possam favorecer o processo de tomada de decisão. As tarefas são distribuídas sem a correspondente definição de critérios que possam representar metas a serem alcançadas, o que torna o processo de decisão um modelo de erro e acerto, em vez de ser orientado por estilos participativos de gestão (GONÇALVES 1998).

O setor saúde bastante conhecido pela sua complexidade, apresenta na sua estrutura organizacional uma configuração estrutural híbrida, com um conflito de poderes permanente dada as diferenças e contradições da gestão do processo e do trabalho encontrado nesse arranjo institucional.

Nas unidades de saúde, o poder que o domínio do processo de trabalho confere concentra-se nos serviços operacionais, em que os recursos humanos especializados definem internamente o que deve ser feito, como, quando e por que será realizado. Segundo o autor isto ocorre exatamente devido ao mecanismo de coordenação ou controle gerencial encontrado nessas organizações (GURJEL e MEDEIROS 2002).

Nas unidades de saúde não cabe a tecnoestrutura definir a forma de realização dos atos pelos profissionais, diferentemente do que ocorre em outras organizações, onde essa atribuição é fortemente exercida sobre os setores operacionais. Por essa razão a tecnoestrutura e as gerências intermediárias em unidades de saúde têm poder bastante restrito, (GURJEL e MEDEIROS 2002).

Confirmando essa afirmativa GALVÃO (2003), cita que contrariamente ao que se passa nas empresas, em que a autoridade do staff é limitada ao sistema técnico e organizacional de trabalho. No hospital a autoridade dos especialistas (médicos) sobrepõe-se à autoridade administrativa, na medida em que eles têm o controle efetivo das atividades-fins da organização (tratar e curar os doentes).

Para essas organizações, as instituições formadoras e as associações de especialidades profissionais definem, através dos seus cânones, a validação do exercício profissional e a forma de conduzir o trabalho lastreado pelo desenvolvimento científico. Isso gera coalizões de poder externo muito forte, cuja



legitimidade, retro alimenta a concentração de poder das profissões, fragiliza o nível estratégico das unidades de saúde na condução da política interna, assim como traciona muito fortemente a gestão para os interesses dos profissionais, desequilibrando a correlação das forças dentro das organizações de saúde. Tais forças se expressam dentro das organizações de saúde por um fluxo ascendente (GURJEL e MEDEIROS 2002).

A organização dos profissionais nas equipes de saúde é hierarquizada, com o médico no centro do processo de trabalho em detrimento de outros profissionais, o que agrava a desarticulação e gera situações cotidianas de conflito, onde os profissionais, de menor nível hierárquico apenas recebem ordens e não contestam procedimentos e processos de trabalho que contribuem para a baixa qualidade do atendimento. Há necessidade de desmistificação do papel do médico e de reconstrução das relações de poder nas equipes de saúde. Há também, distanciamento e falta de relação humanizada entre trabalhadores da saúde e gestores (CNS, 2003).

O núcleo estratégico, representado pelos diretores das unidades de saúde tem um espaço gerencial bastante limitado em relação ao setor operacional e em geral, exerce algum poder quando alinhado aos interesses desses diretores, dadas as características do setor. Além disso, é bastante comum a escolha dos gerentes do nível estratégicos das Unidades entre os profissionais do setor operacional, que geralmente no exercício da gestão tendem a tracionar recursos e prestígio para a sua corporação específica, fechando o ciclo de poder nesse nível da organização (GURJEL e MEDEIROS 2002).

Ratificando esta afirmação Rebelo (1995) Apud JACOB (2001), coloca essa questão quando diz:

**Os hospitais, pela multiplicidade de tarefas neles realizadas e pela imprevisibilidade da demanda a ser atendida, enfrentam grandes dificuldades para garantir sua continuidade operacional. Entre elas destacam-se os problemas de sua administração, pois um número significativo de dirigentes hospitalares – em especial os públicos – são nomeados por critérios políticos. Eventualmente a designação é feita em reconhecimento ao desempenho ou a qualificação técnica do profissional o que, freqüentemente, redundando na troca de um bom técnico por um mau administrador. Não há, nos dois casos, o preparo para a função gerencial. Por isso é comum ver-se privilegiadas as atividades relacionadas à especialidade do diretor – que tenta suprir com conhecimento técnico a incapacidade gerencial – com reflexos sobre o desempenho global da instituição, (REBELO, 1995, p. 99).**



Segundo VASSALO (1997) Apud ABBAS (2001), somente 1% dos hospitais brasileiros possui administração profissional, que conta com administrador hospitalar graduado e que possui uma visão dinâmica e futurista. A maioria conta com uma direção administrativo-financeira ocupada por médicos que não possuem preparo técnico para administrar uma empresa de tamanha complexidade administrativa.

CERRI (1998) Apud Abbas (2001), afirma que carecemos de profissionalização, sendo que os hospitais, independente do porte ou localização, precisam de orientação bem formada que contribuam para o seu amadurecimento como empresas. Para este autor:

**Somos extremamente lentos na tomada de decisão e na implantação de soluções. Possuímos lideranças fortemente engajadas na busca de soluções, mas, algumas vezes, destoantes frente às formas de conquistar o que é o objetivo comum. Como entidades representativas, temos que alterar as diretrizes paternalistas com as quais temos conduzido nossas ações, até porque não estamos aparelhados, no momento, para isso (ABBAS 2001, p.14).**

No hospital moderno não existe um modelo de administração do tipo ideal Weberiano e no hospital de hoje convivem dois tipos de autoridade: a autoridade hierárquica tradicional, e a autoridade que os médicos detêm pelo fato de possuírem o saber de curar doenças e salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital, (CECÍLIO 1999).

## **2.9 Gestão Hospitalar de Materiais**

O objetivo básico da Administração de Materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

Conforme destaca COSTA (2000) Apud DOMINGUES (2003), a atividade de compras é uma função administrativa dentro da organização responsável por coordenar um sistema de informação e controle capaz de adquirir externamente, para garantir o fluxo de materiais necessários a organização, bens e serviços na quantidade certa, na qualidade certa, da fonte certa, no exato momento e ao preço certo.

A função de compras pode ser dividida em quatro categorias: obter mercadorias e serviços na quantidade e com qualidade necessárias, obter mercadorias e serviços ao menos custo, garantir o melhor serviço possível e pronta entrega por parte do fornecedor, desenvolver e manter boas relações com fornecedores.

Para alcançar tais objetivos, devem ser desempenhadas certas funções básicas: tempo e lugar, fonte certa, negociar condições de compra e administrar pedido de compra.

As funções de planejar e controlar estoque são fatores primordiais numa boa administração do processo produtivo. Segundo POZO (2002), alguns pontos devem ser observados para que o planejamento e controle dos estoques ocorram, são eles: manter o estoque o mais baixo possível; identificar itens obsoletos e defeituosos no estoque; não permitir condições de excesso ou falta em relação à demanda; prevenir-se contra perdas, extravios, danos ou mau uso; elaboração de planos de curto, médio e longo prazo das necessidades do estoque; e manter os custos nos níveis mais baixos possíveis.

*O planejamento de estoques é uma atividade de importância fundamental e deverá ser integrado tanto com produção como também com as vendas, de modo a otimizar os volumes os das compras.*

Para executar adequadamente essa tarefa, é fundamental a participação de todos os setores que tomam parte no processo produtivo. O grupo multidisciplinar seleciona os itens que serão incluídos ou excluídos do catálogo de materiais. A elaboração, revisão periódica e atualização do catálogo de materiais não devem ser feitas apenas pela administração de materiais - é uma obrigação de todos (GUIMARÃES, 2005).

Alguns requisitos são imprescindíveis para esta atividade segundo fonte do SEBRAE, são elas: manter constantemente atualizado o custo de cada produto, determinar o período de compra e o tamanho de lote de cada produto para cada fornecedor, estabelecer políticas de cobertura (estoque de segurança, mínimo e máximo) para cada produto, manter os controles para reduzir estoques ultrapassados/arcaicos, efetuar o planejamento constante das necessidades de estoques baseadas em previsões de vendas, manter controle permanente sobre a disponibilidade do estoque para suprir as faltas rapidamente, determinar o custo de falta de cada produto e comparar com o seu custo de estocagem, evitar estoques

dormentes, manter controle rigoroso do estoque físico com os lançamentos diários, realizar inventários físicos periódicos para conferi-lo com os dados do controle de estoques, os estoques em local estratégico, manter os itens fisicamente ordenados em prateleiras e devidamente classificados e identificados por etiquetas, evitar almoxarifados abertos, estabelecer uma codificação dos materiais para maior facilidade de consulta, manter sistemas de informações integrados para acesso e consulta imediata da quantidade disponível de cada material em estoque.

Assim como para as empresas os estoques representam investimentos significativos para os hospitais e sua gestão adequada garante a excelência dos serviços médicos e traz resultados financeiros satisfatórios. Associados aos estoques hospitalares existem dois tipos de custos; os custos de manutenção de estoques e os custos de obtenção, representados pela área de compras (FÜCHTER, 2004).

O custo total associado à gestão de estoques em organizações de saúde é o resultado da soma de diversos componentes como, por exemplo, os gastos com a compra, quantia que é efetivamente desembolsada na aquisição do medicamento, os gastos com o ressuprimento (frete e colocação do pedido via telefone, fax ou internet); custos de oportunidade do capital, custos de armazenagem, custos da falta do medicamento vidas em risco, ações na justiça e indenizações, perdas por perecibilidade, prazo de validade (WANKE, 2006).

Os medicamentos e os materiais médicos hospitalares são um dos principais itens de custo dos hospitais, sejam eles públicos ou privados. Quanto mais estoques armazenados no hospital, maior será o capital investido, maiores serão os custos de manutenção e menores serão os recursos financeiros que estarão disponíveis para o cumprimento das obrigações com os fornecedores, no vencimento (FILHO E COSTA, 2007).

Nos hospitais os estoques são classificados em estoques de medicamentos, estoques de materiais médicos, estoques de materiais de escritório e de gêneros alimentícios. Para a autora o objetivo da gestão de estoques é minimizar a soma dos custos de manter estoques e o custo de obter estoques.

Para FÜCHTER (2004), as técnicas mais utilizadas para esse fim são; modelo de lote econômico (LEC), Sistema ABC e sistema Just in Time (JIT). Seguem abaixo as técnicas de compras mais comumente utilizadas pelos hospitais:

- a. JIT-é usado visando minimizar os investimentos em estoque e maximizar seu giro. Sua meta é a posse apenas de materiais e medicamentos suficientes para atender as necessidades imediatas da produção médica. O risco de falta de estoques deve ser zero. Para isto deve haver grande cooperação entre hospitais e fornecedores;
- b. ABC-O sistema ABC é uma técnica de estoques cuja idéia básica é dividir estoques em três grupos em termos de valor e quantidade de itens, de modo que o grupo A represente aproximadamente 9% dos itens e 60% dos custos, o grupo B represente aproximadamente 42% dos itens e 30% dos valores e o grupo C represente 49% dos itens e 10% dos valores dos estoques. Essa classificação permite que a administração do hospital determine o nível de estoques e procedimentos adequados a seu controle. Os controles do item A deve ser diários e sistemáticos em função dos altos investimentos envolvidos e a impossibilidade de falta. É recomendável o uso de registros permanentes. Os itens do grupo B deverão ser controlados de forma semanal e os itens do grupo C poderão ser controlados por sistemas mais simples;
- c. LEC-Lote Econômico Compra é o estabelecimento de valor de uma compra de mercadorias, que seja mais vantajoso para a empresa compradora, levando em consideração: volume, prazo, custo, despesas de transporte, despesas de armazenagem, despesas de manutenção de estoque etc.

Ainda de acordo com as técnicas de compra utilizadas WANKE (2006), afirma que nos hospitais são utilizadas diferentes técnicas de gestão de estoques como, por exemplo. Ponto de Pedido (PP), Classificação ABC e Lote Econômico de Compras (LEC).

Segundo WANKE (2006), um dos problemas na gestão de estoques em organizações de saúde é que as compras tendem a ser direcionadas pelo quadro de médicos - que definem os medicamentos e exigem a manutenção de elevados níveis de estoque - num ambiente de fluxo de produtos descontínuo e de fluxo de informações baseado em papel, onde a tecnologia e os sistemas de suporte à

decisão adotados são incipientes, as práticas comerciais são ineficientes e os custos de administração de contratos são elevados.

As modernas técnicas de gestão de materiais existentes possibilitam uma melhor gestão dos estoques nas organizações em geral, e também nos hospitais, mas a questão dos altos estoques existentes nas entidades hospitalares públicas tem causas mais profundas que não são atingidas pelas técnicas de gestão apresentadas. Estas causas têm a ver com o processo de compra imposto pela legislação que rege as compras governamentais, a legislação que rege as compras públicas define, basicamente, três tipos de licitações, a saber: Menor preço, melhor técnica e melhor técnica e preço (FILHO e COSTA, 2007).

A gestão de estoques em organizações de saúde constitui uma área em rápido desenvolvimento, na qual transformações profundas têm permitido alcançar substanciais ganhos através da simultânea redução dos custos totais e do aumento do nível de serviço. A chave é desenvolver mecanismos ou critérios para segmentação das diferentes técnicas de gestão de estoques por tipo de medicamento, usuário e prática ou clínica médica. Além da segmentação, condição necessária, mas não suficiente, deve ser considerada a adoção de sistemas informatizados de suporte à decisão e o desenvolvimento de novos relacionamentos comerciais com distribuidores e fabricantes para uma gestão mais enxuta (WANKE 2006).

## **2.10 Gestão hospitalar de Recursos Humanos**

Por administração de Recursos Humanos entende-se uma série de decisões integradas que formam as relações de trabalho, sendo que sua qualidade influencia diretamente a capacidade da organização e de seus empregados em atingir seus objetivos.

O grande patrimônio das organizações contemporâneas é seu corpo de talentos como recursos humanos. Sabe-se que pessoas constituem o principal ativo de uma organização, pois elas podem ampliar ou limitar a potencialidade da empresa.

Mais do que qualquer outra entidade prestadora de serviço, o hospital tem seu desempenho vinculado ao comportamento de seus recursos humanos. Ocorre que, mais do que em qualquer outra instituição, os funcionários defrontam-se com



peessoas fragilizadas pela doença e em processo de regressão psicológica, bem como com familiares sofridos e desgastados, (GONÇALVES 2002).

Sendo assim, o setor de Recursos Humanos na área hospitalar é complexo e tem como função fazer com que o potencial das pessoas seja produtivo para beneficiar clientes, parceiros, e, deve ser tratado como elemento básico da eficácia organizacional. Para que isso aconteça, é necessário que as pessoas sejam selecionadas, integradas socialmente, treinadas, desenvolvidas, lideradas, motivadas, comunicadas, avaliadas, remuneradas, recebam feedback de seu desempenho, participem das decisões que as afetem direta ou indiretamente e possam externar suas opiniões (MATTOS, 1992)

CHIAVENATO (1999), mostra que a gestão de pessoas é uma área sensível à mentalidade que predomina nas organizações. Ela é contingencial e situacional, pois depende de vários aspectos ligados à organização como a cultura, a estrutura adotada, o negócio, a tecnologia utilizada, os processos internos e as características ambientais, entre outras.

A diversificação de profissionais ligados à saúde, contribui para a complexidade crescente dos serviços de saúde, desse modo, as atividades realizadas por esses profissionais exige do hospital atenção individualizada. Portanto, para que o hospital possa oferecer serviços de melhor qualidade, é fundamental uma boa organização em relação ao tamanho, complexidade, formalização, especialização, centralização e padrões de hierarquia de sua instituição (CHIAVENATO 1999).

Diante disso, deve se valorizar a figura do administrador de Recursos Humanos, já que este é o responsável pelo uso eficaz dos RHS e ainda é responsável pelo treinamento, desempenho, criatividade e satisfação dos empregados que lideram.

As atividades da administração de RH podem ser divididas em quatro grupos, podendo a natureza de cada uma delas variar com o tempo e podem ser diferentes para cada empresa dependendo de suas condições organizacionais e externas, assim como seus objetivos específicos, são elas:

- a) recrutamento: determina a composição dos RHS em uma organização, o número de pessoas, as habilidades necessárias, quando e como recrutar, transferir ou demitir e analisar se o recrutamento está selecionando os indivíduos corretos;

- b) desenvolvimento: tem por finalidade ensinar novas habilidades e melhorar as já existentes;
- c) remuneração: rever no sistema de remuneração a situação da organização em relação a seus concorrentes, a garantia de diferenças salariais justas entre os empregados e a decisão sobre o aumento de ganhos deve basear-se no desempenho dos indivíduos, das equipes ou no desempenho de toda a equipe;
- d) relações com os empregados: promover convivência harmoniosa entre patrões e empregados, relacionamento com sindicatos, planejar e executar as atividades de RH com o fim de assegurar um tratamento justo e equânime para todos os empregados e administração de conflitos.

O planejamento de Recursos Humanos, para área hospitalar, pressupõe a disponibilidade de pessoal capacitado. O recrutamento, seleção e treinamento que servem para prever ou promover qualquer tipo de serviço hospitalar, sofrem, provavelmente, os problemas mais generalizados como, por exemplo, recrutar, selecionar e formar seus participantes em função das posições de trabalho, de tal forma que cumpram seu papel com a máxima eficácia.

## **2.11 Gestão Hospitalar de Custos**

Custo representa o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Assim, em uma organização hospitalar, entendem-se como custos os gastos incorridos para a obtenção de um serviço prestado.

Para MATTOS (2007), a contabilidade de custos surgiu como tentativa de se elaborar um inventário disponível em um determinado período operacional, onde se procurava identificar o valor dos produtos fabricados e vendidos.

A aplicação da Contabilidade de Custos é vasta, ou seja, ela pode produzir bons resultados mesmo nas empresas estritamente comerciais ou que prestam serviços. Segundo MATTOS (2007), pode-se definir uma classificação para os objetivos da contabilidade de custos, são eles:

- a) inventariar os produtos fabricados e vendidos; determinar o valor inicial e final de matéria-prima em estoque, determinar o valor final dos produtos terminados e em processamento, elaborar demonstrativos do custo de



- produção de cada produto fabricado, elaborar demonstrativos do custo dos produtos vendidos: elaborar demonstrativos de lucros e prejuízos;
- b) planejar e controlar as atividades empresariais: Analisar o comportamento dos custos (análise vertical e horizontal), preparar orçamentos com base no custo de fabricação, determinar o custo padrão de fabricação, determinar as responsabilidades dentro do processo de produção, determinar o preço de venda de cada item de produção, determinar o volume da produção;
  - c) servir como instrumento para tomada de decisão: formar preço de venda; eliminar, criar, aumentar ou diminuir a linha de produção de certos produtos, produzir ou adquirir no mercado, aceitar ou rejeitar encomendas, alugar ou comprar.

Para GERSDORFF (1980) Apud ABBAS (2000), a Contabilidade de Custos pode desempenhar dentro da empresa hospitalar as seguintes funções:

- a) assistência na tomada de decisões: um bom sistema de custos deve proporcionar segurança para o administrador tomar decisões táticas e estratégicas;
- b) controle de custos: demonstrar se os custos estão dentro dos parâmetros aceitáveis;
- c) redução de custos e eliminação de desperdícios: em virtude dos demonstrativos, o administrador deve montar um programa de redução de custos e eliminação de desperdícios;
- d) comparação de processos de produção e dos seus custos: demonstrar se é mais vantajoso produzir todos os serviços no próprio hospital ou repassá-los para outras empresas (*terceirização*);
- e) planejamento dos serviços hospitalares: colaborar no estabelecimento de orçamentos, custos-metas e custos padrão;
- f) cálculo dos valores a serem cobrados dos pacientes: estabelecer o preço de venda mínimo para os serviços produzidos pelo hospital;
- g) avaliação de estoques: valorizar os estoques do hospital;

- h) separação dos custos: os dispêndios referentes a cada função do hospital (reabilitação, prevenção, restauração, ensino e pesquisa) devem ser controlados separadamente.

ROCCHI (1982) apud ABBAS (2001). afirma que “a apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo que exige, em outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custo e um eficiente sistema de informações gerenciais”, consequência direta da diversidade dos serviços prestados. Também destaca que, em qualquer hospital, o controle de custos visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente, levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado.

Diante das características hospitalares, percebe-se que os sistemas de custos nessas empresas devem objetivar não somente à determinação dos preços dos serviços, mas também a uma análise interna que permita um melhor conhecimento dos resultados da gestão e uma melhoria no funcionamento da organização.

## **2.12 Gestão Hospitalar de Informação**

Sistema de Informação pode ser conceituado como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêm informação de suporte à organização (CARVALHO, 1998).

O conceito “Sistema de Informação em Saúde” é utilizado de forma ampla na literatura da área de saúde, identificado pela sigla SIS, para caracterizar os sistemas de informações administrativas e gerenciais, os de informações estatísticas e epidemiológicas, os de informações econômico-sociais, entre outros.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde-SI como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação (Brasil OMS).

LUSTOSA (2001) Apud SILVA (2005), afirma que para uma organização:

**O Sistema de Informação deve estar a serviço de seus objetivos e funções, subsidiando o processo global e os vários níveis de ação, de acordo com a dinamicidade que caracteriza a administração de uma organização. Nesse sentido, o Sistema de Informação se insere no processo dinâmico e contínuo de decisão e ação, oferecendo informação diferenciada para tipos diferentes de usuários..**

Um adequado sistema de informática hospitalar deve corresponder a características básicas: abranger todos os departamentos e serviços; poder ser utilizado com facilidade pelo usuário; utilizar a melhor tecnologia disponível, considerando a necessidade de resultados sólidos e confiáveis; ter um custo compatível com o planejamento financeiro do hospital, representando inclusive um instrumento de redução de custos administrativos e operacionais; deve poder evoluir para incluir modificações operacionais do hospital, bem como modificações tecnológicas em informática; garantir o sigilo relativo a informações de toda natureza por meio de adequados bloqueios de acesso (GONÇALVES 2002).

Segundo SILVA (2005), há um consenso de que não é possível exercer gerência se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação, porque a informação estratégica é componente essencial no processo decisório econômico e político.

Corroborando com a afirmativa acima CHIAVENATO (2000), aborda a informação como sendo redutora da incerteza. Para o autor, o conceito de informação envolve um processo de redução de incerteza. A informação deve permitir orientar a ação, ao reduzir a margem de incerteza que cerca as decisões diárias.

SILVA (2005), afirma que "o principal objetivo de qualquer sistema de informação é a redução do grau de incerteza que estaria associado a qualquer processo de tomada de decisão".

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias.

SILVA (2005), alerta que o uso da tecnologia hospitalar, se não for planejada de forma criteriosa, embora altamente eficiente, contribuirá de maneira notável para aumentar os custos de atendimento à população. Pois toda tecnologia e modernidade empregada à área da saúde, é indispensável considerar-se não só o

ambiente interno, como também o externo (posição geográfica, a capacidade de atendimento), evitando, com isso, a sobreposição de tecnologia no qual inviabiliza sua utilização.

Corroborando esse pensamento GONÇALVES (1983), diz que.

O planejamento da tecnologia nos hospitais possibilita melhorar o padrão de vida e saúde da população, tanto qualitativamente quanto quantitativamente. Do ponto de vista qualitativo, com o desenvolvimento de novas técnicas e de novos equipamentos"... "Quantitativamente, na medida em que cresce a confiança da população na assistência médica e de profissionais da saúde, a tendência é uma procura cada vez maior dos recursos instalados,(GONÇALVES 1983, p. 9).

Os Sistemas de Informação podem ser enquadrados segundo seus propósitos. Segundo CARVALHO (1995) Apud SILVA (2005), afirma que esse enquadramento pode permitir a diferenciação e o posicionamento dos diversos tipos de sistema de acordo com seus objetivos, que podem ser: planejamento estratégico: voltado para as decisões que norteiam os rumos da organização, planejamento gerencial: dirigido para o uso eficiente e efetivo dos recursos da empresa para alcançar seus objetivos e planejamento operacional: voltado para a execução das tarefas essenciais ao funcionamento da organização.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo trata dos métodos e técnicas estabelecidos para a concretização do presente trabalho. Desta forma, para uma melhor estruturação e compreensão, adotou-se a seguinte divisão: Tipo de pesquisa; Técnicas de coleta de dados; Delimitação da pesquisa, sendo este subdividido em população e amostra; Procedimentos e operacionalização da coleta de dados.

Para DEMO (1995), metodologia é o estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para fazer ciência. Ao mesmo tempo em que visa a conhecer caminhos científicos, também problematiza criticamente, no sentido de indagar os limites da ciência, seja como referência à capacidade de conhecer e/ou à capacidade de intervir na realidade.

Segundo MINAYO (1996), metodologia são o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade. Ela ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo vinculada na teoria. Portanto, inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Segundo OLIVEIRA (1997), a pesquisa tem por finalidade tentar conhecer e explicar os fenômenos que ocorre nas mais diferentes manifestações e a maneira como se processam os seus aspectos estruturais e funcionais.

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

Para GIL (1991), uma pesquisa pode ser classificada de diferentes formas de acordo com a natureza, a abordagem do problema, os objetivos e os procedimentos técnicos a que se dispõem.

De acordo com a classificação sugerida por GIL (1991), quanto à natureza este trabalho adotou a pesquisa aplicada, a qual segundo o autor, objetiva gerar conhecimento para a aplicação prática dirigidos a problemas específicos. Envolve verdades e interesse locais. Dessa forma este trabalho tem por objetivo gerar conhecimento a respeito das conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis.

Neste estudo, o método de abordagem utilizado foi o qualitativo. Este método constitui-se em importante contribuição quando se deseja estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais. Segundo MINAYO (2000, p.21), a pesquisa qualitativa:

**[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.**

GIL (1991), considera que a pesquisa qualitativa deve ser utilizada quando houver uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

Considerando o objetivo do trabalho, o qual é: Verificar quais as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão estadual hospitalar pública da Grande Florianópolis, este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa exploratória descritiva. Isto porque, quando um problema é pouco conhecido, ou seja, quando as hipóteses ainda não foram claramente definidas, se está diante de uma pesquisa exploratória. Desse modo, seu objetivo consiste numa caracterização inicial do problema, de sua classificação e de sua definição. A pesquisa exploratória constitui, pois, o primeiro estágio de toda pesquisa científica; não tem por objetivo resolver de imediato um problema, mas tão-somente apanhá-lo, caracterizá-lo. Para Gil (1999, p.23):

**[...] a pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias [...] as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.**

A opção pela pesquisa exploratória foi baseada em TRIVIÑOS (1987), pois, para esse autor, é o tipo ideal para ser aplicada em áreas nas quais existe pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Como já afirmado acima, a pesquisa exploratória proporciona uma visão geral, de tipo aproximado, acerca de determinado fato e constitui a primeira etapa de uma investigação mais ampla. O pesquisador pode conhecer o assunto; no entanto, a pesquisa exploratória torna-se



relevante, pois podem existir várias explicações alternativas e isto provará o pesquisador de conhecimentos mais abrangentes.

Já a pesquisa descritiva, de acordo com Gil (1999), tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Por expor características de determinado fenômeno e apresentar técnicas padronizadas de coleta de dados, a metodologia adotada também pode ser classificada como descritiva. Como o próprio nome sugere, este tipo de pesquisa vai descrever as características de uma população ou fenômeno, podendo estabelecer correlações entre as variáveis e definir sua natureza.

Em relação aos meios de investigação, classifica-se por ser uma pesquisa de campo, que, na definição de LAKATOS (1986, p.32), “[...] é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta ou uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”.

### **3.2 Técnicas de Coleta de Dados**

Para o levantamento das informações necessárias à pesquisa, utilizou-se tanto de dados primários como secundários. Os dados primários, conforme MATTAR (1997), são aqueles que são coletados pela primeira vez pelo pesquisador, por meio de questionário, entrevista ou observação. Já os secundários dizem respeito aos dados existentes em livros e revistas da área investigada, que, neste estudo, auxiliam numa melhor estruturação das idéias referentes aos objetivos estipulados.

Inicialmente, uma das técnicas utilizadas foi o levantamento bibliográfico, necessário para obter o embasamento teórico que forneceu suporte para o desenvolvimento deste estudo. Para Gil (1999), a referida pesquisa é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros, jornais e redes eletrônicas.

Para a coleta dos dados secundários, foi realizada uma investigação documental na biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e livros indicados por amigos e professores, visando a obtenção de informações.



O instrumento utilizado para a coleta dos dados primários foi um questionário estruturado, com perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha. Foram estruturados cinco questionários diferentes, o que se justifica pela necessidade de obterem-se dados diferentes inerentes aos setores de compras, custos, informações, recursos humanos e questões mais gerais que deverão ser respondidas pela gerência administrativa. , conforme modelo em apêndice. ,

O questionário pode ser entendido como uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante. O questionário deve ser objetivo, limitado em extensão e estar acompanhado de instruções.

Na visão de ROESCH (1999), o questionário não é apenas um formulário ou um conjunto de questões listadas sem muita reflexão; o questionário é um instrumento de coleta de dados que busca mensurar alguma coisa, requer esforço intelectual anterior de planejamento, com base na conceituação do problema de pesquisa.

As perguntas do questionário podem ser abertas (qual é a sua opinião?), fechadas, duas escolhas: sim ou não ou de múltiplas escolhas, fechadas com uma série de respostas possíveis.

Já segundo Gil (1999), perguntas fechadas são aquelas que apresentam ao respondente um conjunto de alternativas de resposta, para que seja escolhida a que melhor representa sua situação ou ponto de vista. Por sua vez, para as perguntas abertas, deixa-se um espaço em branco para que a pessoa escreva sua resposta sem qualquer restrição. Consiste numa lista de indagações, que dão ao pesquisador informações as quais pretende atingir. Conforme Gil (1999, p.128), pode-se definir questionário como:

**A técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.**

Na técnica do questionário, de acordo com Gil (1999) o informante escreve ou responde por escrito a um elenco de questões cuidadosamente elaboradas. Tem a vantagem de poder ser aplicado simultaneamente a um grande número de informantes; pode abranger uma área demográfica extensa e não influencia o pesquisado com as opiniões do pesquisador, sendo que o seu anonimato pode representar uma outra vantagem muito apreciável sobre a entrevista. Deve

apresentar todos os seus itens com a maior clareza, de tal sorte que o informante possa responder com precisão, sem ambigüidade.

No que diz respeito a elaboração das questões do questionário, faz-se necessário salientar que a mesma seguiu os objetivos da pesquisa e foi elaborado buscando avaliar as funções de planejamento, controle, direção, coordenação ,para que com base nestas funções se possa avaliar se os profissionais que não tem o conhecimento sobre essa área, o qual pode ser adquirido através da formação científica em administração, podem administrar bem uma estrutura organizacional complexa como a de um hospital.

Cabe ressaltar que os questionários foram apresentados pessoalmente pela pesquisadora, com a finalidade de que as dúvidas pudessem ser esclarecidas e também para que não houvesse problemas quanto à falta de preenchimento de alguma questão.

### **3.3 Delimitação da Pesquisa**

#### **3.3.1 População**

Com relação à população, pode-se afirmar que se torna inviável fazer um levantamento do todo quando se tem um grupo numeroso e deseja-se obter informações sobre um ou mais aspectos, assim necessita-se investigar uma parte dessa população ou universo, que, para Gil (1999, p.35), “[...] é um subconjunto definido de elementos que possuem determinadas características”.

Segundo OLIVEIRA (1997), o universo ou população de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado desta forma a seleção dos hospitais para esta pesquisa obedece aos seguintes critérios:

- a) os estabelecimentos de saúde que estão enquadrados no conceito básico de hospital, citados no decorrer deste trabalho. Logo, não se incluirão aqui os estabelecimentos de saúde que não possuam leitos e instalações apropriadas para a prestação de serviços médicos em regime de internação;
- b) estabelecimentos de saúde Públicos Estaduais localizados no município de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, desde que satisfaçam as condições do item anterior;

- c) os estabelecimentos de saúde que atuem em várias especialidades, ou melhor, os chamados “hospitais gerais”.

De acordo com os critérios anteriormente estabelecidos, para a realização da pesquisa, a população adotada foi composta pelos hospitais: Hospital Nereu Ramos (HNR), Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Florianópolis (HF) e Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (HRSJ).

### **3.3.2 Amostra**

Para Gil (1999), quando se trabalha com uma população numerosa, torna-se interessante o estabelecimento de uma amostragem, que consiste na seleção de uma parte representativa que compõe o todo.

O maior problema da amostragem é colher uma parte ou amostra, que, conforme define Gil (1999), é o subconjunto do universo ou população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população, e que ela seja a mais representativa possível do todo, cujos resultados obtidos com essa amostra sejam os mais legítimos e que sejam os mesmos se o todo fosse pesquisado.

Cabe lembrar que existem vários tipos de amostragem, os quais estão inseridos em dois grandes grupos: Probabilística, que, conforme LAKATOS (1986), sua característica primordial é poder ser submetido a tratamento estatístico, em que se permite compensar erros amostrais e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra; e a Não-probabilística, que, para Gil (1999), este não apresenta fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador, tendo como vantagem o custo e o tempo dispensado.

Desta forma, para a realização do presente trabalho, adotou-se o método de amostragem não probabilístico, pois demonstra ser o mais adequado, tendo em vista a escassez de tempo e o fato de toda a população não estar disponível para ser sorteada. A amostragem adotada foi do tipo intencional onde os escolhidos representam o “bom julgamento” da população/universo.

Assim sendo, a amostra foi composta por quatro gerentes administrativos, quatro funcionários responsáveis pela gestão de compras, quatro funcionários

responsáveis pela gestão de informações, quatro funcionários responsáveis pela gestão de custos e quatro funcionários responsáveis pela gestão de recursos humanos, distribuídos igualmente nos hospitais: Hospital Nereu Ramos (HNR), Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Florianópolis (HF), e Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (HRSJ).

### **3.4 Procedimentos e Operacionalização da Coleta de dados**

Para a pesquisa, foram estipuladas determinadas etapas, que objetivaram o seu correto desenvolvimento, sendo estas:

- a) construção do questionário: o questionário foi criteriosamente elaborado;
- b) aplicação do Questionário: primeiramente manteve-se contato telefônico com as unidades para agendar um horário para o atendimento e resposta ao questionário;
- c) tabulação e análise dos dados coletados: em posse de todos os questionários, iniciou-se a tabulação e a análise dos dados, conforme estão descritos no próximo capítulo.

### **3.5 Análise dos Dados**

Primeiramente, foi realizada a coleta dos dados secundários. Com a obtenção destas informações, permitiu-se a construção de uma fundamentação teórica, adequada às exigências do trabalho. Após, com a realização da pesquisa, pôde-se confrontar os dados.

Os dados obtidos com o questionário foram agrupados nas dimensões correspondentes e cuidadosamente analisadas.

Por fim, agruparam-se todos os resultados, apresentados no próximo capítulo, intitulado Apresentação e Análise dos Dados.

#### **4 CARACTERIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR PÚBLICA ESTADUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Para fins deste trabalho considerou se integrantes da rede hospitalar pública estadual Da Grande Florianópolis as seguintes Unidades: Hospital Nereu Ramos (HNR), Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Florianópolis (HF), e Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (HRSJ). Abaixo segue uma breve caracterização de cada uma das Unidades selecionadas para este estudo.

##### **Hospital Governador Celso Ramos**

Localizado na Rua Irmã Benwarda, 297 - centro - Florianópolis/SC, hoje, possui uma área total construída de 22.000m<sup>2</sup>, com 194 leitos ativados e 889 servidores. Além disso, conta com 71 funcionários terceirizados, prestando serviços de limpeza e vigilância.

É um hospital que presta atendimento de emergência, ambulatorial e internação. Oitenta por cento dos pacientes são conveniados do Sistema Único de Saúde, e 25% dos pacientes são do interior de Santa Catarina.

Desde a fundação já passaram pelo hospital cerca de 185 mil pacientes e o número de atendimentos na emergência chega aos 300/dia e 538 internações/mês. O Hospital Governador Celso Ramos é hoje centro de referência para todo Estado de Santa Catarina. É um hospital geral para adultos, que oferece todas as especialidades médicas, sendo certamente, o hospital público mais completo e com maior resolutividade de todo o Estado.

##### **Hospital Florianópolis**

Localizado na Rua Santa Rita de Cássia, 1665 Estreito – Florianópolis/SC – teve sua iniciada em 1959 quando surgiu a idéia de construir um hospital no continente para atender doentes e parturientes, pois nesta época só existiam hospitais na Ilha de Florianópolis. No inicio era um hospital particular que disponibilizava 10% de seus leitos à comunidade carente. Em 1990 através de

convênio firmado entre Governo Federal e Estadual, o Hospital Florianópolis passou a ter como gestor a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina.

Hospital Florianópolis possui um ambulatório e uma emergência que presta serviços pediátricos e adultos, de clínica médica e clínica cirúrgica e serviços de ortopedia.

### **Hospital Nereu Ramos**

Está situado a Rua Rui Barbosa S/N, no Bairro Agrônoma - Florianópolis/SC. Foi Inaugurado no dia 06 de janeiro de 1943 com 60 leitos para pacientes com tuberculose e 40 leitos para outras doenças infecciosas e parasitárias, sendo o atendimento para adultos.

É Centro de Referência em Imunobiológicos especiais. É um hospital de porte médio, contando atualmente com 147 leitos ativados.

### **Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes-HRSJ**

Localizado na Rua Adolfo Donato da Silva, s/n, Praia comprida - São José SC - Foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987, e ativado no dia 02 de março do mesmo ano. Possui Centro Obstétrico, Unidade de Neonatologia, Banco de Leite Humano, Centro Cirúrgico Serviço de Emergência, Geral e Pediátrica, Ambulatório Geral, dispondo das especialidades de Oftalmologia, Urologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Cirurgia Vascular.

## 5 ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, os quais foram obtidos por meio das respostas dos entrevistados.

### 5.1 Análise da Gerência Administrativa

Neste item foi feita a análise da gestão administrativa de uma forma geral, através de entrevistas realizadas com os funcionários que estão atualmente ocupando o cargo de Gerente administrativo dos hospitais em estudo.

Os ocupantes da gerência administrativa foram todos exonerados devido ao período de posse de governo e por serem cargos de provimento em comissão estabelecidos pela Lei Complementar 284 de 28 de fevereiro de 2005.

Optou-se por entrevistar os atuais gerentes em detrimento dos ocupantes anteriores do cargo, pois estes talvez pudessem ter uma visão mais crítica do trabalho realizado até o presente momento. Cabe ressaltar ainda que todos os gerentes em exercício são funcionários efetivos e que acompanharam o trabalho da gestão anterior

#### 5.1.1 Dados Pessoais e Profissionais

Inicialmente, observou-se o perfil dos sujeitos pesquisados contemplando-se os seguintes aspectos: tipo de carreira, nível de escolaridade, tempo de serviço e tempo de função no cargo. Conforme ilustrado nas tabelas abaixo:

**Tabela 1- Tipo de Carreira Gerentes Administrativos e Gerentes Administrativos em exercício**

Hospital	Tipo de Carreira- Gerentes Administrativos	Tipo de Carreira- Gerentes Administrativos em Exercício
HF	Comissionado	Efetivo
HRSJ	Comissionado	Efetivo
HNR	Comissionado	Efetivo
HGCR	Comissionado	Efetivo

FONTE: Dados da Pesquisa



Conforme mostrado na tabela, pode-se verificar que todos os Gerentes administrativos em exercício são profissionais de carreira, enquanto os gerentes administrativos anteriores são todos profissionais de provimento em comissão.

**Tabela 2- Tempo no Cargo (Gerência)**

Hospital	Tempo no Cargo- Gerentes Administrativos	Tempo no Cargo- Gerentes Administrativos em Exercício
HF	30 dias	4 anos
HRSJ	30 dias	4 anos
HNR	30 dias	4 anos
HGCR	6 meses	3,5 anos

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 2 mostra que os Gerentes em exercício estão substituindo os gerentes anteriores os quais permaneceram no cargo no período de 2002 a 2006.

Esta tabela sugere ainda que devido às questões políticas o tempo médio de permanência da Gerência são quatro anos, o que pode afetar a continuidade dos projetos e processos administrativos.

**Tabela 3- Grau de Escolaridade (Gerência)**

Hospital	Grau de escolaridade- Gerentes Administrativos	Grau de escolaridade- Gerentes Administrativos em Exercício
HF	2º grau	Pós Graduação-Gestão Hospitalar
HRSJ	3º grau	Pós Graduação-Gestão Hospitalar
HNR	2º grau	Pós Graduação-Gestão Hospitalar
HGCR	3º grau	Pós Graduação-Gestão Hospitalar

FONTE: Dados da Pesquisa

Analisando-se a tabela 3 verifica-se que os gerentes em exercício são profissionais mais bem preparados e qualificados para gerir os hospitais do que os Gerentes anteriores.

### 5.1.2 Dados da Gestão Administrativa

A partir deste momento serão consideradas apenas as informações referentes à gerência administrativa, a qual foi exercida nos últimos quatro anos.

**Tabela 4 – Distribuição por Setores dos Administradores na Gestão Hospitalar**

Hospital	Nível de Gerência (gerência anterior)	Nível de Divisões
HF	Não há	--
HRSJ	Não há	Setor de Radiologia
HNR	Não há	--
HGCR	Não há	Chefe Setor de Estatística, Chefe Setor de Custos.

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 4 mostra a distribuição dos administradores nos hospitais, analisando se essa tabela pode-se verificar a falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública, pois conforme ilustrado acima existem apenas três administradores nos quatro hospitais em estudo.

**Tabela 5- Participação dos Gerentes em Cursos de Gestão Hospitalar**

Hospital	Participa de cursos De Gestão Hospitalar
HF	Não
HRSJ	Não
HNR	Sim
HGCR	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

Conforme mostrado na tabela 5, verifica-se que além dos gerentes não possuírem formação em administração apenas dois participam de cursos de capacitação profissional em Gestão Hospitalar.

**Tabela 6- Realização e Revisão de Planejamento Estratégico**

Hospital	Realiza planejamento estratégico	Frequência que é revisado
HF	Não	Não revisa
HRSJ	Não	Não revisa
HNR	Sim	Não revisa
HGCR	Sim	Anual

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 6 revela que apenas dois hospitais possuem planejamento estratégico e ainda que apenas um faz o acompanhamento e controle do que foi planejado.

**Tabela 7- Estrutura dos Processos de Trabalho**

Hospital	Realiza ações para melhorar a estrutura dos processos de trabalho	Ação
HF	Não	--
HRSJ	Sim	Realização de reuniões
HNR	Não	--
HGCR	Sim	Revisão os fluxos de trabalho

FONTE: Dados da Pesquisa

Apenas dois hospitais têm preocupação em melhorar a estrutura dos processos de trabalho conforme mostrado na tabela 7, no entanto as atitudes tomadas para a mudança segundo os entrevistados não surtem efeitos representativos.

**Tabela 8- Fluxo de Trabalho**

Hospital	Há Integração dos fluxos de trabalho entre os setores
HF	Não
HRSJ	Sim
NR	Não
HGCR	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 8 mostra que dois hospitais não conseguem realizar a integração do fluxo de trabalho entre os diversos setores do hospital. Segundo os gerentes isso deve se a cultura ainda arraigada de que cada um é responsável apenas por uma parte do trabalho, falta visão do todo.

**Tabela 9 Políticas de Motivação**

Hospital	Realiza políticas de motivação	Ação
HF	Não	--
HRSJ	Sim	Associação de funcionários que promovem festas
HNR	Não	--
HGCR	Não	--

FONTE: Dados da Pesquisa

Ao serem questionados sobre a existência de política de motivação, apenas um dos gerentes revelou que o hospital tem essa iniciativa, conforme visto na tabela 9.

**Tabela10 Comunicação dos Objetivos**

Hospital	Comunica os objetivos a serem atingidos
HF	Sim
HRSJ	Não
HNR	Não
HGCR	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

Conforme indicado na tabela 10, quando questionados sobre a comunicação dos objetivos a serem atingidos pelo hospital apenas dois deles o fazem.

**Tabela11- Feedback do Desempenho**

Hospital	Fornece feedback do desempenho
HF	Não
HRSJ	Não
HNR	Sim
HGCR	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 11 quando comparada à tabela anterior mostra que quando o objetivo a ser atingido é comunicado ao funcionário ele não recebe a resposta de que seu desempenho foi satisfatório. E ainda há um caso onde o funcionário não conhece qual o objetivo a ser atingido e, portanto não pode ter o embasamento necessário acerca da avaliação de seu desempenho.

**Tabela 12- Padronização e Avaliação dos Serviços Prestados**

Hospital	Há padronização dos serviços	Avalia os serviços prestados
HF	Sim	Não
HRSJ	Não	Não
HNR	Sim	Sim
HGCR	Sim	Não

FONTE: Dados da Pesquisa

Conforme mostrado na tabela acima dos hospitais em estudo apenas um deles busca padronizar e avaliar os serviços prestados.

Aqui cabe ressaltar que a padronização refere-se aos processos de trabalho e não ao atendimento direto ao paciente, pois se sabe que cada paciente exige uma atenção diferenciada.

**Tabela 13-Problemas na Gestão**

Hospital	Principais problemas enfrentados na gestão administrativa
HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de comprometimento dos gerentes, devido ao fato destes serem profissionais de cargos comissionados e terem receio de perder o cargo;</li> </ul>
HRSJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muitas barreiras nos processos de trabalho</li> <li>Falta de qualificação de pessoal;</li> <li>Entraves nos processos de trabalho.</li> <li>Barreiras burocráticas;</li> </ul>
HNR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de qualificação de pessoal;</li> <li>Dificuldade de motivar os funcionários;</li> <li>Número elevado de licença para tratamento de saúde</li> </ul>
HGCR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de autonomia administrativa;</li> <li>Lentidão na tomada de decisão;</li> <li>Morosidade nos processos licitatórios</li> </ul>

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 13 mostra na concepção dos gerentes quais os maiores problemas enfrentados na gestão. Entre os problemas comumente encontrados está a falta de

uma estrutura que possibilite um fluxo melhor de trabalho. Ainda com relação aos problemas na gestão pode-se destacar a falta de profissionais qualificados e comprometidos com os objetivos da organização.

**Tabela14- Conseqüências da Falta de Participação do Administrador**

Hospital	Conseqüências da falta de participação do administrador
HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de qualificação dos processos de trabalho;</li> <li>• Falta de consciência na tomada de decisão.</li> </ul>
HRSJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de estruturação dos processos de trabalho.</li> <li>• Vícios administrativos;</li> </ul>
HNR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Má administração;</li> <li>• Gestão menos qualificada;</li> <li>• Incapacidade de resolver os .</li> </ul>
HGCR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de objetividade;</li> <li>• Dificuldades nos processos de tomada de decisão.</li> </ul>

FONTE: Dados da Pesquisa

Ao analisar se as tabelas 13 e 14 comparativamente pode-se perceber que quase a totalidade dos problemas apontados na gestão dos hospitais em estudo podem ser minimizados com a participação de um administrador. Segundo os entrevistados, alguns dos problemas apesar de serem inerentes da administração pública podem ser reduzidos com a participação dos administradores.

Contudo, cabe ressaltar que não é possível provar que a presença de um administrador iria assegurar a solução completa desses problemas. Porém é possível afirmar que o conhecimento e as habilidades adquiridas ao longo de sua formação podem proporcionar maior eficiência e eficácia na gestão hospitalar.

## **5.2 Análise dos Setores de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Sistemas de Informações**

Aqui será feita a análise da gestão dos hospitais de uma forma mais detalhada, para tanto será levado em conta aos dados obtidos junto aos chefes dos seguintes setores: Materiais, Recursos Humanos, Custos e de sistemas de informações.

### **5.2.1 Dados Pessoais e Profissionais**

Como já feito no item anterior aqui Inicialmente, observou-se o perfil dos sujeitos pesquisados contemplando-se os seguintes aspectos: cargo, tipo de

carreira, nível de escolaridade, tempo de serviço e tempo de função no cargo. Conforme ilustrado nas tabelas abaixo:

**Tabela 15- Cargo**

Hospital	Setor de Materiais	Setor de Recursos Humanos (RH)	Setor de Custos	Setor de Sistemas de Informações (SI)
HF	Agente Atividades Administrativas- (AAA)-Chefe do Setor de Materiais	Agente Atividades Administrativas- (AAA)-Chefe de RH	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Custos	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de SI
HRSJ	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Materiais	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de RH	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Custos	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de SI
HNR	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Materiais	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de RH	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Custos	Administrador- não atua
HGCR	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Materiais	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de RH	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de Custos	Técnico Atividades Administrativas (TAA) Chefe do Setor de SI

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 15 mostra que em quase todos os setores há um predomínio do cargo de Técnico em Atividades administrativas, o qual para ingressar no cargo é exigido o nível de 2º grau e suas atribuições conforme estabelecidas pela Lei Complementar nº 323 de 02 de março de 2006, são: organizar e executar serviços auxiliares nas áreas técnicas e administrativas, com utilização de ferramentas e sistemas informatizados, voltados à organização e atualização de arquivos e fichários, redação de correspondências oficiais, aquisição de materiais, análise e controle de serviços contábeis, e outras atividades correlatas com a competência.

Ainda pode-se encontrar em dois hospitais chefes de setor com cargo de Agente de Atividade Administrativas, o qual para ingressar na carreira é exigido nível de 1º grau, e suas atribuições segundo a Lei complementar 81 de 10 março de 1993, são executar ligações telefônicas, transmissões e recebimento de mensagens pelo telefone, recepcionar clientes e visitantes, procurando identificá-los, averiguando suas pretensões, para prestar-lhes informações, financeiro, pessoal ou marcar entrevistas, receber recados ou encaminhá-los a pessoas ou setores procurados, executar registro, controle, datilografia, arquivo, de todo e qualquer serviço de caráter administrativo material, operar computadores digitais, acionando os



dispositivos de comando, observando e controlando as etapas de programação dentro dos critérios definidos, preparar índices e fichários, mantendo-os atualizados, preencher formulários, fichas, cartões e transcrever atos oficiais, codificar dados e documentos, providenciar material de expediente, atender usuários em bibliotecas, auxiliar na coordenação de eventos e promoções em geral, operar adequadamente equipamentos de sonorização, atender e assistir as classes, no que se refere a atividades pedagógicas; e executar outras atividades compatíveis com o cargo.

Ainda na tabela acima se verifica a presença de um administrador, contudo apesar de sua formação ele afirmou que não exerce atividades inerentes ao cargo.

**Tabela 16 Tempo no Cargo**

Hospital	Setor de Materiais	Setor de Recursos Humanos (RH)	Setor de Custos	Setor de Sistemas de Informações (SI)
HF	28 anos	27 anos	8 anos	10 anos
HRSJ	10 anos	28 anos	12 anos	4 anos
HNR	8 anos	10 anos	14 anos	16 anos
HGCR	15 anos	4 anos	4 anos	3 anos

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 16 revela que todos os chefes de Setor em todos os hospitais em estudo já estão na instituição há bastante tempo

**Tabela 17-Tipo de Carreira**

Hospital	Setor de Materiais	Setor de Recursos Humanos (RH)	Setor de Custos	Setor de Sistemas de Informações (SI)
HF	Efetivo	Efetivo	Efetivo	Efetivo
HRSJ	Efetivo	Efetivo	Efetivo	Efetivo
HNR	Efetivo	Efetivo	Efetivo	Efetivo
HGCR	Efetivo	Efetivo	Efetivo	Efetivo

FONTE: Dados da Pesquisa

Conforme mostrado na tabela 17 em todos os setores dos hospitais analisados percebe-se que para a chefia de setores são designados funcionários efetivos.

**Tabela 18- Grau de Escolaridade**

Hospital	Setor de Materiais	Setor de Recursos Humanos (RH)	Setor de Custos	Setor de Sistemas de Informações (SI)
HF	2º grau	2º grau Incompleto	3º grau	2º grau
HRSJ	2º grau	2º grau	3º grau	2º grau
HNR	2º grau	3º grau	2º grau	3º grau
HGCR	2º grau	2º grau	2º grau	3º grau

FONTE: Dados da Pesquisa

Ao analisarem-se as tabelas 16 17 e 18 comparativamente é possível traçar o perfil dos responsáveis pelos setores abordados neste trabalho. Em geral os responsáveis por cada uma das áreas são designados de acordo com o tempo de serviço sendo que todos são funcionários efetivos e a maioria dos ocupantes destes cargos possui apenas o 2º grau

### 5.2.2 Dados da Gestão de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Sistemas de Informações

A partir deste momento dar-se-a inicio a análise da gestão hospitalar levando se em consideração os setores Materiais, Recursos Humanos, Custos e Sistemas de Informações, os quais acredita-se que exercem uma forte influência sobre o sucesso das organizações em estudo.

Ressalta-se que algumas questões abordadas nas entrevistas poderão ser analisadas em conjunto com os diferentes setores outras, no entanto devido a sua peculiaridade serão analisadas separadamente. Como mostrado abaixo:

**Tabela19-Existência da Gestão de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Informações.**

Hospital	Gestão de Materiais	Gestão de Recursos Humanos (RH)	Gestão de Custos	Gestão de Sistemas de Informações (SI)
HF	Não	Sim	Sim	Sim
HRSJ	Não	Sim	Sim	Sim
HNR	Não	Sim	Sim	Sim
HGCR	Não	Sim	Sim	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

Ao serem questionados sobre a existência da Gestão de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Informações verificou se que nos hospitais em estudo não existe

uma gestão de Materiais o que se tem de acordo com os entrevistados, é um levantamento das necessidades de produtos o agrupamento destes em pedidos e posterior encaminhamento deste para a Gerência de Compras, a qual faz parte da Administração Central e é responsável pela gestão de Compras de todas as Unidades Hospitalares do Estado.

Anda sobre a gestão de compras observou-se que os hospitais realizam compras diretas apenas de materiais de Urgência. Segundo os entrevistados, estas compras são efetuadas sem processos licitatórios e com uma verba que as unidades recebem para este fim.

Quanto aos demais tipos de gestão todas as respostas foram afirmativas.

**Tabela 20 Controle e Acompanhamento de Custos**

Hospital	Custos dos atendimentos	Custos dos procedimentos (cirúrgicos ou não)	Custos dos materiais adquiridos	Custos dos materiais utilizados	Custos de manutenção física do hospital e de equipamentos
HF	Não	Não	Não	Sim	Sim
HRSJ	Não	Não	Não	Sim	Sim
HNR	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
HGCR	Sim	Não	Sim	Sim	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 20 mostra que quando questionados sobre a existência de controle e acompanhamento de custos de um atendimento, apenas dois hospitais têm essa informação.

Já quando a pergunta refere-se aos custos dos procedimentos apenas um hospital sabe quanto custa em média cada procedimento

Quanto ao custo dos materiais adquiridos apenas um hospital tem o controle e o acompanhamento destes.

Por fim quanto ao acompanhamento e controle dos materiais adquiridos e dos custos de manutenção da estrutura física e dos equipamentos verificou-se que em todas as Unidades estudadas há estas informações.

Com base nas informações acima se percebe que a Gestão de custos dos hospitais ainda não possui domínio das informações necessárias para a eficácia total da instituição. Como é de conhecimento geral a escassez de Recursos financeiros é um dos maiores problemas enfrentados no Sistema de Saúde Pública. Desta forma

pode-se afirmar que a falta de controle de qualquer um dos custos envolvidos pode afetar de forma negativa a gestão hospitalar.

**Tabela 21- Sistemas de Compras, Políticas de Definição e Controle de Estoque**

Hospital	Adota sistemas de compras	Adota políticas para a definição do nível de estoques	Há problemas de atraso nas entregas	Há problemas com perdas, faltas ou excessos de estoque	Existe controle periódico dos estoques
HF	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
HRSJ	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
HNR	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
HGCR	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 21 mostra que apenas um dos hospitais adota um Sistema de compras, o qual segundo o entrevistado refere-se ao sistema ABC, os demais não adotam nenhum tipo de sistema.

Quanto à política de definição do nível de estoques todas as unidades revelaram que os estoques são definidos através de análise da quantidade disponível, ou seja, por Ponto de Pedido, quando baixa para um determinado número então é feita uma nova solicitação. O grande problema neste tipo de definição a qual foi revelada pelos entrevistados é que muitas vezes a decisão não é embasada em estudos criteriosos e sim na intuição de quem realiza o controle.

Quando questionados sobre o controle periódico dos estoques verificou-se que todos os hospitais realizam este controle através de um programa informatizado-CIASC.

Já quando a pergunta é sobre problemas com perdas, faltas ou excessos de estoque e atraso nas entregas verificou-se que todas as unidades sofrem com estes problemas.

Os entrevistados apontaram que um dos grandes problemas referente ao excesso ou falta de estoques são devido às falhas na comunicação entre o Setor Responsável e a gerência de Compras, muitas vezes os produtos, são mal especificados por parte das unidades ou então não há uma compreensão correta por parte da Gerência de Compras a qual efetua a compra de produtos incorretos. Portanto ocasiona excesso já que por vezes estes produtos não são utilizados, e

ainda os itens corretos que permaneciam em estoque são consumidos totalmente ocasionando a falta.

Ainda quanto ao atraso na entrega os entrevistados justificam este problema devido à morosidade encontrada nos processos de licitação.

**Tabela 22- Definição , Decisão e Gerenciamento de Compras**

Hospital	Quem define a quantidade de compras	Há participação dos funcionários no processo de levantamento de necessidades	Há Gerenciamento e observação dos dados de compras de períodos anteriores	Quem Decide o volume de compras
HF	Os diferentes setores	Sim	Sim	Os processos de compra
HRSJ	Setor de Materiais	Não	Sim	Setor responsável
HNR	Setor de Materiais	Não	Sim	Setor responsável
HGCR	Setor de Materiais	Não	Sim	Setor responsável

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 22 mostra que a definição da quantidade de produtos que devem ser comprados em três unidades, é decidida pelo Setor de Materiais, e em um dos hospitais a decisão é tomada pelos diferentes setores do hospital, onde cada setor define a quantidade que julga necessária e repassa ao setor competente, o qual relatou que não investiga a real necessidade.

Cabe ressaltar que apesar do Setor de Materiais definir a quantidade este encaminha o planejamento de necessidades a Gerência de compras que é quem, tem a decisão final, e compra a quantidade que julgar mais adequada levando em consideração o processo de licitação.

Quando questionados sobre a participação dos Funcionários que utilizam os materiais sobre a participação deles no processo de levantamento das necessidades apenas um hospital revelou haver esta participação, os demais afirmaram que eventualmente a gerência de enfermagem participa do processo para especificar um produto novo, que ainda não esteja padronizado na relação de Materiais do Hospital.

Ainda como mostrado na tabela 22, verifica-se que todos os hospitais fazem a observação de períodos anteriores para estabelecerem o volume de compras futuro.

**Tabela 23- Sistemas de Informação Existentes, Fonte de Dados e Suficiência de Informações**

Hospital	SI existentes	Fonte de dados disponíveis	Há suficiência de informação
HF	SAGMAX -	contas médicas, farmácia , almoxarifados, etc.	Não
HRSJ	SAGMAX	SAME- sistema de arquivo médico estatístico	Não
HNR	Não	SAME- sistema de arquivo médico estatístico	Não
HGCR	SAGMAX	SAME- sistema de arquivo médico estatístico	Não

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 23 mostra que entre os hospitais três deles utilizam-se do programa SAGMAX, o qual se refere a um software para controle hospitalar, desenvolvido para a realidade dos hospitais no Brasil. Com ele é possível controlar desde o atendimento ao paciente até a alta do mesmo. Pode se verificar ainda que um hospital não utiliza nenhum tipo de SI.

Quanto às fontes de dados disponíveis, três entrevistados citaram que utilizam apenas o SAME – Sistema de Arquivo Médico Estatístico, e outro informou que utiliza os dados coletados dos diversos setores como: farmácia, laboratório, contas médicas, etc.

Ao se questionar as capacidades das fontes de dados suprirem as necessidades de informação todos concordam que há deficiência neste sentido.

**Tabela 24- Integração, Gerenciamento e Tomada de Decisão**

Hospital	Os SI realizam a integração entre os setores	Tipo de informações gerenciadas	Utiliza as informações na tomada de decisão
HF	Não	estatísticas de atendimento, pacientes tratamentos e administrativos	Sim
HRSJ	Não	estatísticas de atendimento , pacientes tratamentos e administrativos	Sim
HNR	Não	administrativo	Não
HGCR	Não	estatísticas de atendimento , paciente	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

Conforme ilustrado na tabela acima ao se questionar, se os sistemas de informação são capazes de realizar a integração entre os diversos setores do hospital verifica-se que os SI implantados atualmente não são capazes de fazer tal integração.

Entre os tipos de informações gerenciadas citadas pelos entrevistados estão: estatísticas de atendimento, pacientes tratamentos e administrativos:

Quando questionados se as informações acima são utilizadas para a tomada de decisão apenas um entrevistado afirmou que estas não são utilizadas. Os demais a utilizam.

**Tabela 25- Treinamentos e Políticas de Motivação**

Hospital	Há treinamentos	Frequência dos treinamentos	Há políticas de motivação
HF	Sim	Esporádicos	Não
HRSJ	Sim	Quando há necessidade	Não
HNR	Não	--	Não
HGCR	Sim	Esporádicos	Não

FONTE: Dados da Pesquisa

De acordo com a tabela 25 verifica-se que a maioria dos hospitais disponibiliza treinamentos para os funcionários, mas, no entanto segundo os entrevistados estes ocorrem geralmente para o pessoal da área técnica (Enfermagem e médicos), não havendo um levantamento nas Unidades para saber quais os treinamentos e a frequência que são necessários. Ainda foi informado que os treinamentos ocorrem por determinação da administração Central da Secretaria de Estado da Saúde-SES.

**Tabela 26-Tomada de Decisão, Feedback, Rotatividade e Absenteísmo**

Hospital	Há participação dos funcionários na tomada de decisão	Feedback do desempenho	Nível elevado de rotatividade	Nível elevado de absenteísmo
HF	Não	Não	Não	Sim
HRSJ	Não	Não	Não	Sim
HNR	Não	Sim	Não	Sim
HGCR	Não	Não	Não	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa



Na tabela 26 pode-se perceber que nos hospitais em estudo não há a participação dos funcionários na tomada de decisão. Segundo os entrevistados as decisões são tomadas de baixo para cima sem que haja a participação dos mesmos.

Quanto a fornecerem feedback referente ao desempenho apenas um hospital adota esta prática.

Quando questionado sobre o nível de rotatividade foi apontado que não um número elevado de rotatividade, mas, no entanto percebe-se que há em todos os hospitais um grau bastante elevado de absenteísmo. Segundo os entrevistados existem muitos afastamentos para tratamento de saúde.

**Tabela 27- Participação de Administradores na Gestão de Materiais, Recursos Humanos, Custos e Informações.**

Hospital	Gestão de Materiais	Gestão de Recursos Humanos (RH)	Gestão de Custos	Gestão de Sistemas de Informações (SI)
HF	Não	Não	Não	Não
HRSJ	Não	Sim	Não	Não
HNR	Não	Não	Não	Não
HGCR	Não	Não	Sim	Não

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 27 mostra que nas unidades hospitalares e setores abordados neste estudo há uma participação pouco representativa dos administradores. De acordo com as informações prestadas, apenas há a participação de administrador na gestão de Recursos Humanos do HRSJ e na gestão de Custos do HGCR.

**Tabela 28 - Comprometimento da Gestão Devido Falta de Administrador**

Hospital	Gestão de Materiais	Gestão de Recursos Humanos (RH)	Gestão de Custos	Gestão de Sistemas de Informações (SI)
HF	Sim	Sim	Sim	Sim
HRSJ	Sim	Sim	Sim	Sim
HNR	Sim	Sim	Não	Sim
HGCR	Não	Sim	Não	Sim

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 28 mostra que quando questionados se a ausência de um administrador poderia comprometer a gestão do hospital verificou-se que a grande maioria acredita que sim

**Tabela 29- Problemas Enfrentados na Gestão**

Hospital	Gestão de Materiais	Gestão de Recursos Humanos (RH)	Gestão de Custos	Gestão de Sistemas de Informações (SI)
HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falhas na comunicação entre o setor de materiais e a Gerência de Compras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>falta de material;</li> <li>falta de comunicação entre os setores;</li> <li>número elevado de Licença para tratamento de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldades em assimilar a importância da gestão de custos;</li> <li>Falta de comprometimento da chefia,</li> <li>Falta de respeito aos prazos estabelecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>falta de preenchimento de dados;</li> <li>falta de interesse dos funcionários aprenderem</li> </ul>
HRSJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grande dependência da SES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>deficiência de Recursos Humanos,;</li> <li>Grande número de afastamentos para tratamento de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de confiabilidade das informações prestadas pelos setores;</li> <li>rateio salarial da classe médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>falta de capacitação dos funcionários, duplicidade de informações;</li> <li>falta de integração entre os setores</li> </ul>
HNR		<ul style="list-style-type: none"> <li>falta de respaldo da gerência;</li> <li>falta de comprometimento das chefias imediatas;</li> <li>falta padronização e normatização de procedimentos;</li> <li>falta qualificação na administração,</li> <li>número elevado de Licença para tratamento de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não existem problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomada de decisão equivocada,;</li> <li>postergação na tomada de decisão;</li> <li>falta de tomada de decisão</li> </ul>
HGCR	<ul style="list-style-type: none"> <li>morosidade nos processos;</li> <li>falta de materiais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>falta de funcionários qualificados,;</li> <li>número elevado de Licença para tratamento de saúde;</li> <li>falta padronização e normatização de procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>atraso no recebimento das informações solicitadas pelos setores;</li> <li>falta de confiabilidade nas informações;</li> <li>falta de interesse dos setores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>resistência a mudanças de rotina;</li> <li>falta de capacitação dos funcionários</li> </ul>

FONTE: Dados da Pesquisa

A tabela 29 mostra os principais problemas enfrentados pela gestão de materiais, Recursos Humanos, Custos e Informações, entre os problemas mais comumente encontrados constatam-se o número elevado de Licenças e afastamentos para tratamento de Saúde, falta de capacitação dos funcionários, falta de padronização nos processos de trabalho e falta de comprometimento das chefias.

**Tabela 30-Consequência da Falta de Participação de Administradores**

Hospital	Gestão de Materiais	Gestão de Recursos Humanos (RH)	Gestão de Custos	Gestão de Sistemas de Informações (SI)
HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de comprometimento com a gestão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trabalho de nível inferior;</li> <li>• falta de estruturação e profissionalização dos processos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de qualificação dos processos de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de conscientização dos funcionários sobre a importância do uso dos sistemas de informação;</li> <li>• falta de aproveitamento dos dados</li> <li>• falta de aproveitamento do dados;</li> <li>• falta de organização na distribuição das informações e processos de trabalho</li> <li>• as análises são feitas de forma empírica e não científica,</li> <li>• muitas decisões são de cunho político; decisões são tomadas de forma parcial</li> </ul>
HRSJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• comprometimento da gerência;</li> <li>• falta estrutura dos processos de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de comprometimento com a gestão hospitalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de gastos;</li> <li>• melhoramento dos serviços</li> </ul>	
HNR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de organização</li> <li>• falta de agilidade nos processos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de estrutura organizacional ideal;</li> <li>• Dificuldades no fluxo de trabalho;</li> <li>• pouca profissionalização da gestão</li> <li>• Pouca qualificação na administração,</li> <li>• falta de padronização e formalização de determinados processos;</li> <li>• falta de comprometimento por parte dos cargos comissionados (gerentes e diretores)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pouca estruturação e qualificação nos processos</li> </ul>	
HGCR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de comprometimento com a gestão</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de conscientização dos funcionários sobre os SI;</li> <li>• falta estruturação dos processos de trabalho</li> </ul>

FONTE: Dados da Pesquisa

Como mostrado na tabela 30 pode-se perceber que os maiores problemas enfrentados na gestão de todos os hospitais deste estudo ocasionados pela falta de participação da figura do administrador são: falta de comprometimento com a gestão, falta de comprometimento da gerência; falta de organização, falta de agilidade nos processos, falta de estruturação dos processos de trabalho, trabalho pouco qualificado, ;falta profissionalização dos processos, dificuldades no fluxo de trabalho, pouca profissionalização da gestão, falta de aproveitamento dos dados, falta de padronização e formalização de determinados processos.

Outro problema ainda bastante representativo é a: falta de comprometimento da gerência, o que segundo os entrevistados deve-se ao fato dos gerentes serem geralmente cargos comissionados e desta forma não conseguem impor uma administração formal e padronizada por receio de perder o cargo.

No único hospital que informou não haver problemas, a justificativa é de que acredita que o contador ao enviar todo mês uma planilha com as informações a gerência supre as necessidades da organização.

### **5.3 Causas da Falta de Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar Pública Estadual da Grande Florianópolis**

Entre as possíveis causas para a falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual de Florianópolis, constatou-se que isto pode ser atribuído aos critérios pelos quais são escolhidos os gestores.

Quanto aos critérios de nomeação verifica-se que no setor público os cargos de Gerentes e Diretores são chamados de Cargos de provimento em Comissão, os quais são nomeados pelo Governador do Estado conforme Lei Complementar Nº. 284, de 28 de fevereiro de 2005. Esses cargos comissionados apenas eventualmente são designados ou nomeados por reconhecimento ao desempenho ou a qualificação técnica do profissional, na grande maioria das vezes o que prevalece são os critérios políticos.

A análise das tabelas 1,2 e 3 proporciona a conclusão de que a falta de participação de administradores com formação científica deve-se ao fato de que as nomeações para os cargos de Gerente Administrativo são feitas levando-se em conta critérios políticos, em vez de se analisar a qualificação profissional. Pois como se pode verificar com a pesquisa, existem profissionais de carreira capacitados que poderiam ser titulares dos cargos.

A análise dos dados das tabelas 16,17 e 18 permitem afirmar que uma das causas da falta de participação de administradores também nas chefias dos setores em estudo deve-se também aos critérios de designação para o cargo, como se pode analisar nas tabelas, há uma tendência em se delegar a chefia as pessoas que já estão há bastante tempo na instituição sem contudo analisar-se a qualificação profissional.

Portanto diante dos aspectos apresentados conclui-se que a participação pouco representativa dos administradores deve-se principalmente aos critérios de nomeação e designação para os cargos de Diretor, Gerente e chefias de setores. Pois se observou que apesar de existirem profissionais qualificados para gerir os

hospitais, como é o caso dos Gerentes que estão em exercício em substituição apenas por período temporário, enquanto não é feita novamente a nomeação dos gerentes efetivos, ainda na gestão Pública de Santa Catarina opta-se por eleger a estes cargos pessoas sem a devida qualificação.

Quanto às chefias pode-se verificar que o critério utilizado é o tempo de serviço, o que não garante a qualificação necessária para a gestão.

#### **5.4-Conseqüências da Falta de Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar Pública Estadual da Grande Florianópolis**

Baseando-se na análise das repostas obtidas junto aos entrevistados podem se dividir as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar em dois blocos, as que foram apontadas como problemas e as que foram apontadas diretamente como conseqüências da ausência da figura do administrador.

Os problemas que foram apontados apesar de não terem sido atribuídos diretamente à ausência de um administrador pode ser facilmente verificável que se houvesse a presença do mesmo muitos destes problemas poderiam ser evitados, portanto entre as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual da Grande Florianópolis destacam-se: falta de domínio das informações necessárias para a eficácia total da gestão de custos da instituição, falta de adoção de um sistema de compras que facilite e permita maior controle e organização dos processos e dos pedidos de compra, ausência de embasamento na definição dos volumes de estoque, problemas de faltas, perdas e excessos nos estoques, falha na comunicação, falta de participação dos funcionários nos processos de compras, atrasos na entrega dos materiais devido ao processo de licitação, contudo, percebe-se que com um planejamento eficaz e antecipado das necessidades de compra poderia minimizar bastante este problema, utilização de SI, que não possibilitam a integração do fluxo de trabalho entre todo o hospital, fontes de dados insuficientes para suprir a demanda de informações das unidades, falta de utilização das informações gerenciadas para a tomada de decisão, apesar de haver uma grande variedade nas informações gerenciadas, os treinamentos para os funcionários se resumem principalmente a área técnica, enquanto aos funcionários da área administrativa não é dispensada capacitação, não existe a participação dos funcionários na tomada de decisão, o que pode ocasionar falta de comprometimento

com os objetivos da Instituição, as instituições em estudo em geral não costumam informar os seus funcionários a respeito do desempenho dos mesmos e nível bastante elevado de absenteísmo.

De maneira geral pode-se afirmar que todos os problemas mencionados podem estar ocorrendo devido a não haver pessoas qualificadas para gerir estas instituições, ou ainda pode-se afirmar que se houvessem administradores a frente da gerência muitos problemas poderiam ser resolvidos ou ao menos reduzidos. Estas afirmações são feitas tendo em vista o embasamento teórico acerca das atribuições, habilidades e competências inerentes ao administrador.

Já quanto às conseqüências diretamente apontadas pela ausência do administrador estão: falta de objetividade, dificuldades nos processos de tomada de decisão, perda de qualificação dos processos de trabalho, falta de consciência na tomada de decisão, falta de estruturação dos processos de trabalho, vícios administrativos, Gestão menos qualificada, incapacidade de resolver os problemas, falhas na comunicação entre o setor de materiais e a gerência de compras, falta de material, falta de comunicação e integração entre os setores, número elevado de licença para tratamento de saúde dificuldades em assimilar a importância da gestão de custos, falta de comprometimento da chefia, falta de respeito aos prazos estabelecidos, falta de preenchimento de dados, falta de interesse dos funcionários em aprenderem, deficiência de recursos humanos, falta de confiabilidade das informações prestadas pelos setores, falta de capacitação dos funcionários, duplicidade de informações, falta de respaldo da gerência, falta de comprometimento das chefias imediatas, falta padronização e normatização de procedimentos; falta de qualificação na administração, tomada de decisão equivocada, postergação na tomada de decisão, falta de tomada de decisão, morosidade nos processos, resistência a mudanças de rotina e falta de capacitação dos funcionários.

Ao longo deste trabalho verificou-se que as unidades hospitalares em estudo possuem características bastante complexas as quais devem ser dadas maior atenção, foi visto também que não existe ainda a preocupação em se profissionalizar a gestão hospitalar em Florianópolis, pois os gestores ainda são escolhidos por critérios meramente políticos sem que haja valorização dos profissionais capacitados.

Diante disto foi possível constatar que os hospitais enfrentam muitos problemas gerados pela pouca profissionalização administrativa. E a partir da



análise gerada neste estudo pode-se concluir que a falta de um administrador compromete de maneira muito significativa a gestão hospitalar nas instituições em estudo, contudo sabe-se também que é muito difícil atribuir a um único profissional a solução de todo um sistema de saúde.

### **5.5 Importância da Participação dos Administradores na Gestão Hospitalar Pública Estadual da Grande Florianópolis**

Quando questionados se a ausência de um administrador poderia comprometer a gestão do hospital constatou-se que entre os 20 (vinte) entrevistados 17 (dezessete) acreditam que a falta poderia comprometer a gestão. De acordo com os entrevistados a falta do administrador implica em alguns aspectos, quais são: falta de estruturação dos processos de trabalho, e profissionalização da administração. e a: falta de comprometimento da gerência.

Portanto, analisando-se estes aspectos verifica-se que o administrador revelou-se uma figura bastante importante capaz de resolver grande parte dos problemas da gestão hospitalar através do seu conhecimento técnico adquirido ao longo de sua formação acadêmica e sua experiência profissional.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou identificar quais as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar estadual pública de Florianópolis, utilizando a análise dos hospitais HF HRSJ, HGCR e HNR.

A metodologia adotada contemplou a base teórica do tema do trabalho que oportunizou o desenvolvimento da pesquisa e permitiu obter as respostas para os questionamentos iniciais.

Quanto à justificativa do trabalho evidenciou-se como relevância a necessidade de se profissionalizar a administração nos hospitais, a importância do setor Saúde para a comunidade e o grande potencial de emprego que este setor pode oferecer.

Como relevância pessoal, destaca-se: a contribuição para ampliação da produção científica na área (contribuições teóricas).

Considerando o problema de pesquisa, definido pela pergunta central, "Quais as conseqüências da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual de Florianópolis?" este foi devidamente explicitado no capítulo 5, demonstrado que a ausência do administrador trouxe inúmeros problemas e conseqüências, tais como: falta de qualificação de pessoal, dificuldade de motivar os funcionários, perda de qualificação dos processos de trabalho, falta de estruturação dos processos de trabalho, vícios administrativos, má administração, gestão menos qualificada, incapacidade de resolver os problemas, falta de objetividade e dificuldades nos processos de tomada de decisão.

Em relação aos objetivos propostos, todos foram atingidos. O primeiro objetivo específico, "Identificar quais as causas da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual de Florianópolis", foi alcançado a partir da extensa análise dos dados da pesquisa feita junto às instituições o que possibilitou concluir que a participação pouco representativa dos administradores deve-se principalmente aos critérios de nomeação e designação para os cargos de Diretor, Gerente e chefias de setores.

O segundo objetivo específico, "Identificar a partir do depoimento dos profissionais envolvidos na área, quais as implicações da falta de participação dos administradores na gestão hospitalar pública estadual de Florianópolis baseado na análise da Gerência Administrativa, gestão de Materiais, gestão de Recursos

Humanos, gestão de Custos e gestão da Informação”, se alcançou através do estudo das respostas obtidas com o instrumento de coleta de dados, o que permite concluir que as conseqüências da falta do administrador ocasiona problemas, tais como: falhas na comunicação entre o setor de materiais e a gerência de compras, falta de material, falta de comunicação e integração entre os setores, número elevado de licença para tratamento de saúde dificuldades em assimilar a importância da gestão de custos, falta de comprometimento da chefia, falta de respeito aos prazos estabelecidos, falta de preenchimento de dados, falta de interesse dos funcionários em aprenderem, deficiência de recursos humanos, falta de confiabilidade das informações prestadas pelos setores, falta de capacitação dos funcionários, duplicidade de informações, falta de respaldo da gerência, falta de comprometimento das chefias imediatas, falta padronização e normatização de procedimentos; falta de qualificação na administração, tomada de decisão equivocada, postergação na tomada de decisão, falta de tomada de decisão, morosidade nos processos, resistência a mudanças de rotina e falta de capacitação dos funcionários, falta de objetividade, dificuldades nos processos de tomada de decisão, perda de qualificação dos processos de trabalho, falta de consciência na tomada de decisão, falta de estruturação dos processos de trabalho, vícios administrativos, gestão menos qualificada, incapacidade de resolver os problemas

O último objetivo específico proposto, “Identificar qual a importância de uma participação mais efetiva dos administradores na gestão hospitalar estadual pública de Florianópolis”, alcançou-se a partir do aprofundamento da análise dos dados coletados, da análise teórica e também do conhecimento acadêmico, o qual pode ser verificado pelas respostas às quais revelaram o administrador como uma figura bastante importante capaz de resolver grande parte dos problemas da gestão hospitalar através do seu conhecimento técnico adquirido ao longo de sua formação acadêmica e sua experiência profissional.

Como resultados alcançados, há a percepção que o estudo esclareceu algumas questões sobre a área de administração hospitalar, oferecendo uma noção de alguns aspectos da gestão de Materiais, Custos, Recursos Humanos e Sistemas de Informações, bem como sobre a importância do administrador hospitalar.

Outras pesquisas podem ser elaboradas a partir desta, objetivando aperfeiçoar o estudo, seja no método, em novas questões que sejam incorporadas ao universo abordado, ou em novos enfoques teóricos. Assim, vislumbram-se alguns

estudos futuros que permitirão aprofundar a pesquisa a partir deste trabalho, tais como: traçar o perfil gerencial da rede hospitalar pública estadual, estudo de novos nichos de mercado de trabalho aos administradores e aperfeiçoamento da estrutura organizacional dos hospitais públicos.

Concluindo ressalta-se, como resultado principal, a identificação das conseqüências da falta de participação dos administradores nos hospitais em estudo. a qual ocasiona muitos problemas de controle, coordenação, organização, direção e planejamento.

## BIBLIOGRAFIA:

11º Conferência em Saúde: **O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção a Saúde com Controle Social**. Brasília: MS, 2003.

ABBAS, Kátia. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. Dissertação de Pós-Graduação –Programa de pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis,, 2001.

ALMEIDA, Teófilo R. R. **Perspectivas de Sobrevivência do Hospital**. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, n.5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.

ARAÚJO, Denise Maria Coronado Neves de **A Busca da Excelência na Comunicação**. Dissertação de Pós- Graduação- Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001

BARROS, J.P. D: Montenegro, Evaldo .F. **O Gerente do Futuro**. São Paulo: McGraw Hill, 1994.

BATEMAN, Thomas S.; SNELL, Scott A. **Administração: Construindo Vantagem Competitiva**. São Paulo: Atlas, 1998. 539 p

BERTUSSI, Débora Cristina et al. **Implantação do Projeto GERUS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Paraná**. Espaço para a Saúde, Curitiba, v.5, n.5, p. 48-56, set. 1996.

BONAZINA, Maria Cristina Rath **A Construção do Processo de Trabalho dos Gerentes nas Relações do Cotidiano de uma Organização Hospitalar**. Dissertação de Mestrado -Programa de Pós-Graduação, UFSC, Florianópolis,, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, (11.; 2000; BRASÍLIA, DF); Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Relatório final**. Brasília, DF: Ministerio da Saude, Conselho Nacional de Saúde, 2003

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília,1988

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992

CARAPINHEIRO, G *apud* CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital**. ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.4. Nº. 2. p.315 - 330, 1999.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90)**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC. 1995. 394P.

CARVALHO, André de Oliveira; EDUARDO, Maria Bernadete. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: IDS: USP, 1998, 98p.

CASTIEL, Luis David. **Saúde Pública. Curso de pós-graduação em nível de especialização em gestão hospitalar**. FUNDASC, 2004.

CASTRO, Regina Célia Figueiredo. **Comunicação Científica na Área de Saúde Pública: Perspectivas Para a Tomada de Decisão em Saúde Baseada em Conhecimento**. Tese (Doutorado na área de Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 2003. 192p.

CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Administrador Hospitalar – Um compromisso com a ciência e a arte**. São Paulo. Loyola e Centro Universitário São Camilo, 1998, 75p.

CHIAVENATO, Idalberto . **Administração: teoria, processo e prática**. 3 ed. São Paulo: Makron Books, 2000, 416 p.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000, 700 p.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p.282-317

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987. 118 p. 43.

CRASC Capturado em 24/01/ 2007 on line disponível na internet <<http://www.crasc.org.br/>>.

CRASP. **História do Administrador**. Capturado em 24/01/ 2007 on line disponível na internet <<http://www.crasp.com.br/historico.html>>

CRASP. **Importância do Administrador**. Capturado em 24/01/ 2007 on line disponível na internet< <http://www.crasp.com.br/museu/importancia.html>

DOMINGUES, Osmar. **Gestão de compras de supermercado. Estudo de caso Coop:Cooperativa de Consumo**. Dissertação USP. São Paulo, 2001

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Desafios Gerenciais para o Século XXI**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

FILHO, Juacy Cavalcante da Silva e COSTA, Margarida Alves Eloy da, **A Importância dos Estoques para os Hospitais Públicos**. Disponível em <http://www.eac.fea.usp.br>. Acesso em 07/01/2007.

FORNAZIER, Carlos Roberto Oliveira. **Administrador Hospitalar e o Engenheiro Clínico: "A necessidade destes perfis no âmbito hospitalar e a valorização das ações conjuntas". (Sinergia)** ".Trabalho de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, UNEB, Brasília,, 2002

FUCHTER, Simone Keller. **Gestão Hospitalar**. Apostila de MBA em gestão hospitalar.2004

GALVÃO, Jarbas, **O Segmento de Saúde Para o Desenvolvimento Regional no Município de Blumenau-SC: A Participação do Hospital Santa Isabel**, Dissertação de Pós-Graduação- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – ,FURB, Blumenau, 2003.

GONÇALVES, Ernesto.Lima. e ACHÊ, Carlos Augusto. **O hospital empresa: do planejamento á conquista do mercado**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 39, p.84-97. Jan./Mar.1998

GONÇALVES, Ernesto .Lima. **Estrutura Organizacional do hospital moderno**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 38, n.1. p.80-92. Jan./Mar.1999

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Condicionantes Internos e Externos da Atividade do Hospital-Empresa**. RAE-eletrônica, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002.

GURJEL, Garibaldi Dantas Júnior e MEDEIROS Kátia Rejane de. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. IN: conflito e resistência a mudança no setor saúde: uma análise nos seus determinantes estruturais**. Ministério da saúde, 2002, p.29.

GUIMARÃES, André Luiz Freitas. **Gestão e Racionalização na Distribuição de Medicamentos e Materiais Clínicos: Um Estudo de Caso no Hospital Escola da Universidade de Taubaté**. Dissertação de Mestrado - Curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional.Taubaté, 2005

HAUSER Suely Domingues Romero **Considerações Sobre o Trabalho Psicopedagógico em Ambiente Hospitalar**. Disponível em <http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm>. Acesso em: 07/12/2006.

JACOB, Roseli. **A importância da informática na administração hospitalar**, Monografia apresentada no curso de Especialização em Administração hospitalar e Serviços de Saúde, 2001.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração: Princípios e Tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003. 542p.



**LAKATOS**, Eva Maria; **MARCONI**, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos Básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projeto e Relatório, Publicações e Trabalhos Científicos**. 2a ed. São Paulo: Atlas, 1986. 198p.

**LUSTOSA**, Jeová Gomes. **O comportamento informacional de gerentes e pesquisadores do Centro de Pesquisa Agropecuária do Meio-Norte EMBRAPA MEIO-NORTE**. Dissertação Mestrado na área de Informação Gerencial e Tecnológica, ECI/UFMG, Belo Horizonte:, 2001.

**MACHLINE**, Claude. et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

**MATTOS**, José Geraldo **CUSTO DE PRODUÇÃO :história, teoria e & conceitos**. Disponível em: <http://www.gea.org.br/scf/teoricos.html>

**MEIRELLES**, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 22º ed., Malheiros, 1997.

**MELLO**, Celso Antônio Bandeira. **Curso de Direito administrativo**. São Paulo: Ed. Atlas S.A 2004.

**MENDES**, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

**MENDES**, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1996.

**MEZOMO**, João Catarin. A formação do administrador hospitalar. **Hospital: Administração e Saúde**. v.17, n.1, 1993, p.8-25

**MINAYO**, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 1992. 269 p.

**MINTZBERG**, Henry. **Mintzberg on management: inside our strang world of organizations**. London: Collier Macmillan, 1989, p.5-42.

**MINTZBERG**, Henry. A estruturação das organizações. In: **MINTZBERG**, H., **QUINN**, J.B. **O processo da estratégia**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**MINTZBERG**, Henry. **Estrutura e dinâmica das organizações**. Lisboa: Dom Quixote, 1995. 537p.

**MIRSHAWKA** Victor. **Hospital: Fui Bem Atendido, a Vez do BRASIL**. São Paulo: Makron Books, 1994



MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça **Transformação Organizacional: a teoria e prática de inovar**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

OLIVEIRA, Sílvia Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. São Paulo: Pioneira, c1997. 320 p

PATTIO, Maria Luiza Pimenta, **O Impacto do Sistema ABC no Controle Organizacional da Casa de Saúde Santa Maria**. Dissertação de Pós-Graduação-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001

PITTA, Ana **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

POLIGNANO Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível em: [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.rtf), acesso em 06/12/2007.

POZO, Hamilton. **Administração de Recursos Materiais e Patrimoniais – Uma Abordagem Logística**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ROCCHI, Carlos Antonio de. **Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares**. Revista Brasileira de Contabilidade, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

ROESCH Sylvia Maria Azevedo; BECKER, Grace Vieira; MELLO, Maria Ivone de **Projetos de estagio e de pesquisa em administração: guia para estágios trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 301p

ROSEN, G. **Uma história de Saúde Pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

SANTOS, Nairio Aparecido Augusto Pereira dos. **O Trabalho do Administrador Hospitalar no Gerenciamento do Dia-a-Dia dos Hospitais Filantrópicos Gerais de Grande Porte no Estado do Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado - UFRGS, Porto Alegre, 1998.

SEBRAE. Capturado em 24/01/2007 on line disponível na internet <<http://www.sebraesp.com.br>>.

SILVA, Marilene da Conceição Félix da. **A Informação Científica-Técnica na Tomada de Decisão Administrativa: Um Foco na Gerência do Hospital das Clínicas** Tese de Mestrado em Educação em Ciências da Saúde, UFMG, 2005.

TRIVINOS, Augusto Nivalde Silva **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WANKE, Peter. **Tendências da Gestão de Estoques em Organizações de Saúde**. Disponível em: [http://www.centrodelogistica.com.br/new/fs-busca.htm?fr-art\\_saude.htm](http://www.centrodelogistica.com.br/new/fs-busca.htm?fr-art_saude.htm). Acesso em 06/12/2006.



10-Quais a modalidades de cursos mais solicitadas pelos gerentes? \_\_\_\_\_

---

11-Há uma revisão do planejamento periódica? Em caso afirmativo especifique a periodicidade.

☐ Sim.

☐ Não

Período \_\_\_\_\_

12-Há preocupação no sentido de melhorar a estrutura dos processos de trabalho?

☐ Sim.

☐ Não

Em caso afirmativo o que se tem desenvolvido para este objetivo? \_\_\_\_\_

---

13-Há uma integração do fluxo de trabalho entre os diversos setores do hospital?

☐ Sim

☐ Não

14-Existem políticas de motivação dos funcionários?

☐ Sim.

☐ Não

15-Há comunicação dos objetivos a serem atingidos aos funcionários?

☐ Sim.

☐ Não

16-Há feedback quanto ao desempenho dos funcionários?

☐ Sim

☐ Não

17-São disponibilizados cursos e treinamentos para os servidores?

☐ Sim.

☐ Não

18-Há padronização nos serviços prestados?

☐ Sim.

☐ Não

19-Há avaliação de desempenho dos serviços prestados?

☐ Sim.

☐ Não

20-Quais os maiores problemas enfrentados na gestão?

---

---

21-Você entende que a falta de administrador comprometeria a gestão do hospital?

☐ Sim.

☐ Não

22- Em que perdas ou conseqüências implicariam a falta do administrador na gestão do hospital?

---

---



6. Existem controle e acompanhamento dos custos de manutenção física do hospital e de equipamentos?

☐ Sim.

☐ Não

7. Existem dificuldades para o bom desempenho da gestão de custos do hospital?

☐ Sim.

☐ Não

8. Quais os maiores problemas enfrentados na gestão de custos do hospital?

---

---

---

9. Existe participação de administradores na gestão de custos do hospital?

☐ Sim.

☐ Não

10. Você entende que a falta de administrador compromete a gestão de custos do hospital?

☐ Sim.

☐ Não

11. Em que perdas ou conseqüências implicariam a falta do administrador na gestão de custos do hospital?

---

---

---



5. Quem define a quantidade e o que deve ser comprado?

- ☐ Médicos      ☐ Setor de Compras      ☐ Direção  
☐ Os diferentes setores      ☐ Outros. Quais? \_\_\_\_\_

6. Existem problemas de atraso nas entregas?

- ☐ Sim.      ☐ Não

7. Existe controle periódico dos estoques?

- ☐ Sim.      ☐ Não

8. Ocorrem faltas, excessos ou perdas de estoque?

- ☐ Sim.      ☐ Não

9. O processo de levantamento de necessidades para as aquisições tem a participação dos servidores que atuam na utilização dos materiais?

- ☐ Sim.      ☐ Não

Caso a resposta seja afirmativa, como participam? \_\_\_\_\_

10. De que maneira é feito o controle dos estoques de matérias-primas?

- ☐ Por experiência      ☐ Por fichas de prateleira      ☐ Por sistema informatizado  
☐ Por Sistema Manual de fichas      ☐ Pela utilização      ☐ Não existe controle  
☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

11. Existem gerenciamento e observação dos dados de compras de períodos anteriores para determinar o volume e preço das aquisições?

- ☐ Sim.      ☐ Não

12. Como é embasada a decisão do volume de compras?

- ☐ Pelos processos de compras      ☐ Direção      ☐ Gerência administrativa  
☐ Setor responsável      ☐ Outros. Quais? \_\_\_\_\_

13. Existe a participação de administradores no processo de compras?

- ☐ Sim.      ☐ Não

14. Quais os maiores problemas enfrentados na gestão das compras do hospital?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Você entende que a falta de administrador comprometeria a gestão de compras do hospital?

- ☐ Sim.      ☐ Não

16. Em que perdas ou conseqüências implicariam a falta do administrador na gestão de compras do hospital?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Em caso afirmativo, como é estabelecida a política? \_\_\_\_\_

5. Existe feedback com relação ao desempenho dos funcionários?

☐ Sim. ☐ Não

7. Existe a participação dos funcionários em alguns tipos de decisões?

☐ Sim. ☐ Não

8. Há um nível muito elevado de rotatividade?

☐ Sim. ☐ Não

9. Existe um nível elevado de absenteísmo?

☐ Sim. ☐ Não

10. Existem dificuldades para o bom desempenho da gestão de recursos humanos?

☐ Sim. ☐ Não

11. Existe a participação de administradores na Gestão de Recursos Humanos?

☐ Sim. ☐ Não

Em caso afirmativo especificar qual a importância \_\_\_\_\_

12. Quais os maiores problemas enfrentados na gestão de recursos Humanos do hospital? \_\_\_\_\_

13. Você entende que a falta de administrador comprometeria a gestão de recursos humanos do hospital?

☐ Sim. ☐ Não

14. Em que perdas ou conseqüências implicariam a falta do administrador na gestão de recursos humanos do hospital? \_\_\_\_\_



5. Os sistemas de informação existentes conseguem realizar a integração entre os setores?

☐ Sim. ☐ Não

6. Que tipo de informação é gerenciada?

☐ Estatística de atendimentos ☐ Pacientes ☐ tratamentos

☐ Administrativos ☐ Outros. Quais? \_\_\_\_\_

7. Os sistemas de informação são utilizados para a tomada de decisão?

☐ Sim. ☐ Não

8. Existe participação de administradores no gerenciamento das informações?

☐ Sim. ☐ Não

Em caso afirmativo especificar qual a importância \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Você entende que a falta de administrador comprometeria a gestão de informações do hospital?

☐ Sim. ☐ Não

10. Em que perdas ou conseqüências implicariam a falta do administrador na gestão de informações do hospital?

\_\_\_\_\_

11. Quais são os principais problemas enfrentados com o uso dos SIS?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO I

**Lei Nº. 4.769, de 09 de setembro de 1965**

*Dispõe sobre o exercício da profissão de Administrador e dá outras providências (\*) (\*\*).*

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, é acrescido da categoria profissional de Administrador (\*).

Parágrafo único - Terão os mesmos direitos e prerrogativas dos bacharéis em Administração, para o provimento dos cargos de Administrador (\*) do Serviço Público Federal, os que hajam sido diplomados no exterior, em cursos regulares de Administração, após a revalidação dos diplomas no Ministério da Educação, bem como os que, embora não diplomados ou diplomados em outros cursos de ensino superior e médio, contem cinco anos, ou mais, de atividades próprias ao campo profissional do Administrador (\*).

Art. 2º - A atividade profissional de Administrador (\*) será exercida, como profissão liberal ou não, mediante:

a) pareceres, relatórios, planos, projetos, arbitragens, laudos, assessoria em geral, chefia intermediária, direção superior;

b) pesquisas, estudos, análise, interpretação, planejamento, implantação, coordenação e controle dos trabalhos nos campos da Administração, como administração e seleção de pessoal, organização e métodos, orçamentos, administração de material, administração financeira, administração mercadológica, administração de produção, relações industriais, bem como outros campos em que esses desdobrem ou aos quais sejam conexos.

Art. 3º - O exercício da profissão de Administrador (\*) é privativo:

a) dos bacharéis em Administração Pública ou de Empresas, diplomados no Brasil, em cursos regulares de ensino superior, oficial, oficializado ou reconhecido, cujo currículo seja fixado pelo Conselho Federal de Educação, nos termos da Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

b) dos diplomados no exterior, em cursos regulares de Administração, após a revalidação do diploma no Ministério da Educação, bem como dos diplomados, até a fixação do referido currículo, por cursos de bacharelado em Administração, devidamente reconhecidos;

c) dos que, embora não diplomados nos termos das alíneas anteriores, ou diplomados em outros cursos superiores e de ensino médio, contem, na data da vigência desta Lei, cinco anos, ou mais, de atividades próprias no campo profissional de Administrador (\*) definido no art. 2º.

Parágrafo único - A aplicação deste artigo não prejudicará a situação dos que, até a data da publicação desta Lei, ocupem o cargo de Administrador (\*) os quais gozarão de todos os direitos e prerrogativas estabelecidas neste diploma legal.

Art. 4º - Na administração pública, autárquica, é obrigatória, a partir da vigência desta Lei, a apresentação de diploma de Bacharel em Administração, para o provimento e exercício de cargos técnicos de administração, ressalvados os direitos dos atuais ocupantes de cargos de Administrador (\*).

§ 1º - Os cargos técnicos a que se refere este artigo serão definidos no regulamento da presente Lei, a ser elaborado pela junta Executiva, nos termos do artigo 18.

§ 2º - A apresentação do diploma não dispensa a prestação de concurso, quando exigido para o provimento do cargo.

Art. 5º - Aos Bacharéis em Administração é facultada a inscrição nos concursos, para provimento das cadeiras de Administração, existentes em qualquer ramo do ensino técnico ou superior, e nas dos cursos de Administração.

Art. 6º - São criados o Conselho Federal de Administração (CFA)(\*) e os Conselhos Regionais de Administração (CRAs)(\*), constituindo em seu conjunto uma autarquia dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia técnica, administrativa e financeira, vinculada ao Ministério do Trabalho.

Art. 7º - O Conselho Federal de Administração (\*), com sede em Brasília, Distrito Federal, terá por finalidade:

- a) propugnar por uma adequada compreensão dos problemas administrativos e sua racional solução;
- b) orientar e disciplinar o exercício da profissão de Administrador(\*);
- c) elaborar seu regimento interno;
- d) dirimir dúvidas suscitadas nos Conselhos Regionais;
- e) examinar, modificar e aprovar os regimentos internos dos Conselhos Regionais;
- f) julgar, em última instância, os recursos de penalidades impostas pelo CRA;
- G) votar e alterar o Código de Deontologia Administrativa, bem como zelar pela sua fiel execução, ouvidos os CRAs (\*);
- h) aprovar anualmente o orçamento e as contas da autarquia;
- i) promover estudos e campanhas em prol da racionalização administrativa do país.

Art. 8º - Os Conselhos Regionais de Administração(\*), com sede nas capitais dos Estados e no Distrito Federal, terão por finalidade:

- a) dar execução às diretrizes formuladas pelo Conselho Federal de Administração (\*);
- b) fiscalizar, na área da respectiva jurisdição, o exercício da profissão de Administrador(\*);
- c) organizar e manter o registro de Administrador (\*);
- d) julgar as infrações e impor as penalidades referidas nesta Lei;
- e) expedir as carteiras profissionais dos Administradores(\*);
- f) elaborar o seu regimento interno para exame e aprovação pelo CFA (\*).

Art. 9º - O Conselho Federal de Administração (\*) compor-se-á de brasileiros natos ou naturalizados, que satisfaçam as exigências desta Lei, e será constituído por tantos membros efetivos e respectivos suplentes quantos forem os Conselhos Regionais, eleitos em escrutínio secreto e por maioria simples de votos nas respectivas regiões (\*\*).

Parágrafo único - Dois terços, pelo menos, dos membros efetivos, assim como dos membros suplentes, serão necessariamente bacharéis em Administração, salvo nos Estados em que, por motivos relevantes, isto não seja possível.

Art. 10 - A renda do CFA(\*) é constituída de:

- a) vinte por cento (20%) da renda bruta dos CRAs(\*), com exceção dos legados, doações ou subvenções;
- b) doações e legados;

c) subvenções dos Governos Federal, Estaduais e Municipais, ou de empresas e instituições privadas;

d) rendimentos patrimoniais;

e) rendas eventuais.

Art. 11 - Os Conselhos Regionais de Administração(\*) com até doze mil Administradores inscritos, em gozo de seus direitos profissionais, serão constituídos de nove membros efetivos e respectivos suplentes, eleitos da mesma forma estabelecida para o Conselho Federal(\*\*).

§ 1º - Os Conselhos Regionais de Administração com número de Administradores inscritos superior ao constante do caput deste artigo poderão, através de deliberação da maioria absoluta do Plenário e em sessão específica, criar mais uma vaga de Conselheiro efetivo e respectivo suplente para cada contingente de três mil Administradores excedente de doze mil, até o limite de vinte e quatro mil (\*\*).

Art. 12 - A renda dos CRAs (\*) será constituída de:

a) oitenta por cento (80%) da anuidade estabelecida pelo CFA e revalidada trienalmente;

b) rendimentos patrimoniais;

c) doações e legados;

d) subvenções e auxílios dos Governo Federal, Estaduais e Municipais, ou, ainda, de empresas e instituições particulares;

e) provimento das multas aplicadas;

f) rendas eventuais.

Art. 13 - Os mandatos dos membros do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Administração(\*) serão de quatro anos, permitida uma reeleição (\*\*).

Parágrafo único - A renovação dos mandatos dos membros dos Conselhos referidos no caput deste artigo será de um terço e dois terços, alternadamente, a cada biênio (\*\*).

Art. 14 - Só poderão exercer a profissão de Administrador (\*) os profissionais devidamente registrados nos CRAs (\*), pelos quais será expedida a carteira profissional.

§ 1º - A falta do registro torna ilegal, punível, o exercício da profissão de Administrador (\*).

§ 2º - A carteira profissional servirá de prova para fins de exercício profissional, de carteira de identidade e terá fé em todo o território nacional.

Art. 15 - Serão obrigatoriamente registrados nos CRAs(\*) as empresas, entidades e escritórios técnicos que explorem, sob qualquer forma, atividades de Administrador (\*), enunciadas nos termos deste Lei.

Parágrafo único - O registro a que se refere este artigo será feito gratuitamente pelos CRAs (\*).

Art. 16 - Os Conselhos Regionais de Administração (\*) aplicarão penalidades aos infratores dos dispositivos desta Lei, as quais poderão ser:

a) multa de 5% (cinco por cento) a 50% (cinquenta por cento) do maior salário mínimo vigente no País aos infratores de qualquer artigo;

b) suspensão de seis meses a um ano ao profissional que demonstrar incapacidade técnica no exercício da profissão, assegurando-lhe ampla defesa;



c) suspensão, de um a cinco anos, ao profissional que, no âmbito de sua atuação, for responsável, na parte técnica, por falsidade de documento, ou por dolo, em parecer ou outro documento que assinar.

Parágrafo único - No caso de reincidência da mesma infração, praticada dentro do prazo de cinco anos, após a primeira, além da aplicação da multa em dobro, será determinado o cancelamento do registro profissional.

Art. 17 - Os Sindicatos e Associações Profissionais de Administradores(\*) cooperarão com o CFA(\*) para a divulgação das modernas técnicas de Administração, no exercício da profissão.

Art. 18 - Para promoção das medidas preparatórias à execução desta Lei, será constituída por decreto do Presidente da República, dentro de 30 dias, uma junta Executiva integrada de dois representantes indicados pelo DASP, ocupantes de cargos de Administrador (\*); de dois bacharéis em Administração, indicados pela Fundação Getúlio Vargas; de três bacharéis em Administração, representantes das Universidades que mantenham curso superior de Administração, um dos quais indicado pela Fundação Universidade de Brasília e os outros dois por indicação do Ministro da Educação.

Parágrafo único - Os representantes de que trata este artigo serão indicados ao Presidente da República em lista *dúplice*.

Art. 19 - À Junta Executiva de que trata o artigo anterior caberá:

- a) elaborar o projeto de regulamento da presente Lei e submetê-lo 1ª aprovação do Presidente da República;
- b) proceder ao registro, como Administrador (\*), dos que o requererem, nos termos do art. 3º;
- c) estimular a iniciativa dos Administradores(\*) na criação de Associações Profissionais e Sindicatos;
- d) promover, dentro de 180 (cento e oitenta) dias, a realização das primeiras eleições para a formação do Conselho Federal de Administração (CFA) (\*) e dos Conselhos Regionais de Administração (CRAs) (\*).

§ 1º - Será direta a eleição de que trata a alínea "d" deste artigo, nela votando todos os que foram registrados, nos termos da alínea "b".

§ 2º - Ao formar-se o CFA (\*), será extinta a Junta Executiva, cujo acervo e cujos cadastros serão por ele absorvidos.

Art. 20 - O disposto nesta Lei só se aplicará aos serviços municipais, às empresas privadas e às autarquias e sociedades de economia mista dos Estados e Municípios, após a comprovação, pelos Conselhos de Administração, da existência, nos Municípios em que esses serviços, empresas, autarquias ou sociedades de economia mista tenham sede, de técnicos legalmente habilitados, em número suficiente para o atendimento nas funções que lhes são próprias.

Art. 21 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 9 de setembro de 1965; 144º da Independência e 77º da República.

**H.Castelo Branco**

Arnaldo Sussekind

(\*) - nova redação dada pelo Art. 1º da Lei nº 7.321, de 13/06/85 - D.O.U. 27/06/85.

(\*\*) - nova redação dada pelo Art. 1º da Lei nº 8.873, de 26/04/94 - D.O.U. 27/04/94.

## ANEXO II

**Anexo VI- E da Lei Complementar Nº 284, de 28 de fevereiro de 2005**  
**Estabelece modelo de gestão para a Administração Pública Estadual e dispõe**  
**sobre a estrutura organizacional do Poder Executivo.**



ESTADO DE SANTA CATARINA

**ANEXO VI-E**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

ÓRGÃO DENOMINAÇÃO DO CARGO	Quantidade	Código	Nível
<b>GABINETE DO SECRETÁRIO</b>			
Assistente do Secretário	2	DGS/FTG	2
Chefe de Gabinete	1	DGS/FTG	1
Assessor de Comunicação	1	DGS/FTG	3
Consultor Jurídico	1	DGS/FTG	1
Consultor Técnico	6	DGI	1
<b>GABINETE DO DIRETOR GERAL</b>			
Diretor Geral	1		
Assistente do Diretor	1	DGS/FTG	2
Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde	1	DGS/FTG	2
Superintendente de Gestão Administrativa	1	DGS/FTG	1
Assistente do Superintendente	1	DGS/FTG	3
Gerente de Administração Financeira	1	DGS/FTG	2
Gerente de Contabilidade	1	DGS/FTG	2
Gerente de Abastecimento	1	DGS/FTG	2
Gerente de Material e Patrimônio	1	DGS/FTG	2
Gerente de Apoio Operacional	1	DGS/FTG	2
Gerente de Obras e Manutenção	1	DGS/FTG	2
Gerente de Compras	1	DGS/FTG	2
Gerente de Recursos Humanos	1	DGS/FTG	2
Superintendente de Planejamento	1	DGS/FTG	1
Assistente do Superintendente	1	DGS/FTG	3
Gerente de Planejamento e Avaliação	1	DGS/FTG	2
Gerente de Convênios e Contratos	1	DGS/FTG	2
Gerente de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços Conveniados e Terceirizados	1	DGS/FTG	2
<b>SUPERINTENDENTE DA GESTÃO DO SUS</b>	1	DGS/FTG	1
Assistente do Superintendente	1	DGS/FTG	3
<b>DIRETORIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE</b>			
Diretor de Políticas de Saúde	1	DGS/FTG	1
Gerente de Acompanhamento da Gestão Municipal	1	DGS/FTG	2
Gerente de Desenvolvimento de Políticas de Saúde	1	DGS/FTG	2
Gerente de Programação de Serviços e Credenciamento	1	DGS/FTG	2
Gerente de Tecnologia de Informação	1	DGS/FTG	2



## ESTADO DE SANTA CATARINA

<b>DIRETORIA DE REGULAÇÃO</b>			
Diretor de Regulação	1	DGS/FTG	1
Gerente de Controle e Avaliação dos Serviços	1	DGS/FTG	2
Gerente de Auditoria	1	DGS/FTG	2
Gerente dos Complexos Reguladores	1	DGS/FTG	2
Gerente de Processamento de Serviços Assistenciais	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO</b>			
Diretor de Desenvolvimento Humano	1	DGS/FTG	1
Gerente da Escola de Saúde Pública	1	DGS/FTG	2
Gerente da Escola Nível Médio - EFOS	1	DGS/FTG	2
<b>SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>			
Assistente do Superintendente	1	DGS/FTG	3
<b>DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>			
Diretor de Vigilância Sanitária	1	DGS/FTG	1
Gerente de Orientação e Fiscalização de Produtos	1	DGS/FTG	2
Gerente de Orientação e Fiscalização de Estabelecimentos de Saúde	1	DGS/FTG	2
Gerente de Orientação e Fiscalização do Meio Ambiente	1	DGS/FTG	2
Gerente de Tóxico e Farmacovigilância	1	DGS/FTG	2
Gerente de Saúde do Trabalhador	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA</b>			
Diretor do Laboratório Central	1	DGS/FTG	1
Gerente de Análise de Produtos e Meio Ambiente	1	DGS/FTG	2
Gerente de Biologia Médica	1	DGS/FTG	2
Gerente do Instituto de Anatomia Patológica	1	DGS/FTG	2
Gerente de Controle e Administração da Rede	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>			
Diretor de Assistência Farmacêutica	1	DGS/FTG	1
Gerente de Programação e Suprimento	1	DGS/FTG	2
Gerente de Administração de Assistência Farmacêutica	1	DGS/FTG	2
Gerente do LAFESC	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico de Assistência Farmacêutica	1	DGS/FTG	2



## ESTADO DE SANTA CATARINA

<b>DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>			
Diretor de Vigilância Epidemiológica	1	DGS/FTG	1
Gerente de Vigilância de Agravos	1	DGS/FTG	2
Gerente de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização	1	DGS/FTG	2
Gerente de Vigilância de Zoonoses	1	DGS/FTG	2
Gerente de Vigilância de Doenças Sexualmente Transmissíveis	1	DGS/FTG	2
Gerente de Atenção Básica	1	DGS/FTG	2
<b>SUPERINTENDENTE DA REDE DE SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			
Assistente do Superintendente	1	DGS/FTG	3
<b>DIRETORIA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS</b>			
Diretor dos Serviços Especializados	1	DGS/FTG	1
Gerente dos Serviços de Atendimento Médicos de Urgência - SAMU	1	DGS/FTG	2
Gerente do Posto de Assistência Médica	1	DGS/FTG	2
Gerente do SC Transplantes	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO</b>			
Diretor do Centro Catarinense de Reabilitação	1	DGS/FTG	1
Gerente Administrativo	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL CELSO RAMOS</b>			
Diretor do Hospital Celso Ramos	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO</b>			
Diretor do Hospital Infantil Joana de Gusmão	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2



## ESTADO DE SANTA CATARINA

<b>DIRETORIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES</b>			
Diretor do Hospital São José Dr. Homero de Miranda Gomes	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA</b>			
Diretor do Instituto de Cardiologia	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL NEREU RAMOS</b>			
Diretor do Hospital Nereu Ramos	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA</b>			
Diretor da Maternidade Carmela Dutra	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA</b>			
Diretor do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS</b>			
Diretor do Hospital Florianópolis	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2



## ESTADO DE SANTA CATARINA

<b>DIRETORIA DO HOSPITAL SANTA TEREZA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA</b>			
Diretor do Hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL MIGUEL COUTO - IBIRAMA</b>			
Diretor do Hospital Miguel Couto	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DA MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS</b>			
Diretor da Maternidade Dona Catarina Kuss	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL HANS D. SCHMIDT</b>			
Diretor do Hospital Regional Hans D. Schmidt	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS</b>			
Diretor do Hospital e Maternidade Tereza Ramos	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2
<b>DIRETORIA DA MATERNIDADE DARCY VARGAS</b>			
Diretor da Maternidade Darcy Vargas	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
Gerente de Enfermagem	1	DGS/FTG	2



## ESTADO DE SANTA CATARINA

DIRETORIA DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS			
Diretor do Centro de Pesquisas Oncológicas	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2
DIRETORIA DO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA			
Diretor do Centro de Hematologia e Hemoterapia	1	DGS/FTG	1
Gerente de Administração	1	DGS/FTG	2
Gerente Técnico	1	DGS/FTG	2